Rijksuniversiteit Groningen

FOUTEN VAN HUISARTSEN

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van het doctoraat in de Geneeskunde
aan de Rijksuniversiteit Groningen
op gezag van de
Rector Magnificus Dr. F. van der Woude
in het openbaar te verdedigen op
woensdag 21 juni 1995
des namiddags te 2.45 uur precies

door

Marc Henk Conradi

geboren op 9 juli 1958
te Groningen

Promotor: Prof.Dr. B. Meyboom-de Jong
Referenten: Dr. J. Schuling
Dr. Tj. Tijmstra

Promotiecommissie: Prof. Dr. H.F.J.M. Crebolder
Prof. Dr. M.N.G. Dukes
Prof. Dr. D. Post

het onderzoek beschreven in hoofdstuk 9 en 10 is financieel ondersteund door het Ministerie van WVC

het schrijven van de artikelen opgenomen in hoofdstuk 3 en 4 is financieel ondersteund door de Vakgroep Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen

Inhoud

Ten geleide 000

Literatuur 000

1 INLEIDING 000
1.1 Inleiding 000
1.2 Terminologie 000
1.3 Onderzoekskeuzes 000
1.4 Onderzoeksdoelen en -vragen 000
1.5 Het onderzoek 000
1.6 Vooruitblik 000
1.7 Literatuur 000

DEEL I FOUTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK 000

2 DE LITERATUUR 000
2.1 Inleiding 000
2.2 Methode 000
2.3 Resultaten 000
2.3.1 Fouten door de jaren heen 000
2.3.2 Terminologie 000
2.3.3 Aantal fouten en hun aard 000
2.3.4 Oorzaken van fouten 000
2.3.5 Preventie van fouten 000
2.4 Beschouwing 000
2.5 Literatuur 000

3 FOUTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK 1: DE FOUTEN 000
3.1 Inleiding 000
3.2 Methode 000
3.3 Resultaten 000
3.4 Beschouwing 000
3.5 Literatuur 000

4 FOUTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK 2: NA DE FOUT 000
4.1 Inleiding 000
4.2 Methode 000
4.3 Resultaten 000
4.3.1 Verdedigingsmechanismen 000
4.3.2 Afhandeling 000
4.3.3 Informele toetsing 000
4.3.4 Klachten bij officiële instanties 000
4.4 Beschouwing 000
4.5 Literatuur 000

5 ANALYSE VAN 67 FOUTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK 000
5.1 Inleiding 000
5.2 Methode 000
5.3 Resultaten 000
5.4 Beschouwing 000
5.5 Literatuur 000

6 SAMENVATTING EN BESCHOUWING DEEL I 000
6.1 Inleiding 000
6.2 Doel van de analyse 000
6.3 Omschrijving en plaatsbepaling van wat een fout is 000
6.4 Objectiveerbaarheid van het begrip door huisartsen 000
6.5 Onderscheiden fases in de (foutieve) zorgverlening 000
6.6 Betrokken personen en instanties 000
6.7 Conclusie van de analyse 000
6.8 Literatuur 000

DEEL II VOORKÓMEN VAN FOUTEN 000

7 PREVENTIE VAN FOUTEN, INLEIDING 000
7.1 Inleiding 000
7.2 Huidige mogelijkheden om lering te trekken uit fouten 000

7.3 Voorwaarden voor preventie van fouten 000
7.4 Overzicht deel II 000
7.5 Literatuur 000

8 Complicaties en bijwerkingen: Een probleem in de huisartspraktijk? 000
8.1 Inleiding 000
8.2 Methode 000
8.3 Resultaten 000
8.3.1 Contacten 000
8.3.2 Bijwerkingen medicijnen A-85 000
8.3.3 Complicaties medisch handelen A-87 000
8.3.4 Ernst van de bijwerkingen / complicaties 000
8.4 Beschouwing 000
8.5 Literatuur 000

9 Naar een model voor de preventie van fouten in de huisartspraktijk 000
9.1 Inleiding 000
9.2 Methode 000
9.2.1 Inventarisatie van mogelijkheden 000
9.2.2 Ontwikkeling van het model 000
9.2.3 Haalbaarheid van het model 000
9.2.4 Analyse 000
9.3 Resultaten 000
9.3.1 Respons 000
9.3.2 Resultaten 000
9.4 Beschouwing 000
9.5 Literatuur 000

10 Naar preventie van fouten in de huisartspraktijk: een vergelijking van verschillende meldingssystemen 000
10.1 Inleiding 000
10.2 Methode 000
10.3 Resultaten 000
10.3.1 Deelname 000
10.3.2 Aantallen gemelde incidenten 000
10.3.3 Inhoud van de incidenten 000
10.3.4 Behoefte aan feedback 000
10.3.5 Ervaringen met het melden 000
10.4 Beschouwing 000
10.4.1 Aantal meldingen 000
10.4.2 Aard van de gemelde incidenten 000
10.4.3 Factoren die met incidenten samenhangen 000
10.4.4 Feedback 000
10.4.5 Aanbevelingen 000
10.5 Literatuur 000

11 Oorzaken van fouten: Een opsomming 000
11.1 Inleiding 000
11.2 Methode 000
11.3 Resultaten 000
11.3.1 Fase 1: de contactfase, van bereikbaarheid tot contactomstandigheden 000
11.3.2 Fase 2: de diagnostische fase, van hulpvraag tot diagnose 000
11.3.2.1 Fase 2: aanvullend onderzoek door anderen 000
11.3.3 Fase 3: de therapeutische fase, van farmacotherapie tot verwijzing 000
11.3.4 Fase 4: de follow-up 000
11.4 Beschouwing 000
11.5 Literatuur 000

12 Beschouwing empirisch onderzoek deel II 000

13 Beschouwing en aanbevelingen 000
13.1 Inleiding 000
13.2 Helderheid in begripsverwarring 000
13.3 Preventie van feilen 000
13.3.1 De bijwerkingen en complicaties 000
13.3.2 De achteraf verkeerde beslissing 000
13.3.3 Incidentele fouten 000

13.3.4 De ’impaired’ huisarts 000
13.3.5 Collectieve fouten 000
13.4 Onderzoek en advies 000
13.5 Onderwijs en nascholing 000

Ten slotte 000

Literatuur 000

Bijlage 1: Onderzoeksvoorstel MIP 000

Bijlage 2: Voorstellen voor nader onderzoek naar fouten en oorzaken daarvan 000

Bijlage 3: Onderwijs en scholing 000

Literatuur 000

Samenvatting/Summary 000

Dankwoord 000

Over de auteur 000

Ten geleide

"Wat ben je aan het doen?" "Ik schrijf een proefschrift over fouten van huisartsen." "Oh!? Dat is interessant, waar gaat het over?"
Bovenstaande is niet uit een script van Wim T. Schippers, maar de opening van een gesprek dat ik de afgelopen jaren vaak gevoerd heb. De aanduiding 'fouten van huisartsen' was wel duidelijk genoeg om interesse te wekken, maar men geloofde niet terstond dat het ook echt over 'fouten' zou gaan. Met name huisartsen zelf stonden hier sceptisch tegenover. Patiënten, paramedici en specialisten stonden na deze opening snel gereed met voorbeelden. Huisartsen vroegen eerst naar de methode en de bereidheid tot medewerking van hun collegae.
Om aan alle onzekerheid een einde te maken, dit proefschrift gaat over 'fouten van huisartsen'. Geen dubbele bodem, gewoon fouten, variërend van ruzie met een patiënt tot ernstige 'kunst'fouten de dood tot gevolg hebbende, en van het vergeten een recept klaar te leggen tot het missen van een hartinfarct. Het gaat niet over fouten in ziekenhuizen of klachten van patiënten, noch over de juridische aspecten van fouten.
De laatste jaren hebben de Nederlandse huisartsen gekozen voor deskundigheid en kwaliteit.[1] Ook binnen het beleid van de beroepsverenigingen nemen kwaliteitsbewaking en -bevordering een steeds belangrijkere plaats in. Kwaliteitsbewaking en -bevordering is geen incidenteel proces of eenmalig gebeuren, maar een continu, systematisch cyclisch proces, waarbij de zogenaamde kwaliteitscyclus van Deming wordt doorlopen.[2] Hierbij worden achtereenvolgens de stappen: planning - uitvoering - toetsing - evaluatie - planning - etcetera doorlopen. Kwaliteitsbevordering zou een normaal en vast onderdeel van de bedrijfsvoering en het dagelijks werk moeten gaan worden.[3]
Fouten zijn eigenlijk weergaves van incidenteel slechte zorg, waarnaar systematisch onderzoek verricht zou moeten worden. Dit onderzoek vormt hiertoe de eerste stap.
In deel I wordt het onderwerp eerst geëxploreerd. Wat is er in de literatuur over fouten van huisartsen te vinden? (hoofdstuk 2) Wat vinden huisartsen zelf fout? (hoofdstuk 3) Hoe gaan huisartsen om met hun fouten? (hoofdstuk 4) en in welke fase worden fouten gemaakt? (hoofdstuk 5) Deel II gaat over de preventie van fouten. Aan de hand van een aantal noodzakelijke stappen worden de mogelijkheden geëxploreerd om tot preventie te komen. Allereerst wordt onderzocht wat de omvang van fouten in de huisartspraktijk is, en op welke wijze hier inzicht in verkregen kan worden. Een aantal mogelijkheden om inzicht in de omvang van het probleem te krijgen wordt uitgeprobeerd: een bestaand gegevensbestand is geanalyseerd (hoofdstuk 8) en huisartsen hebben op een aantal manieren fouten gemeld (hoofdstuk 10). Een van deze manieren is in samenwerking met een groot aantal huisartsen ontwikkeld (hoofdstuk 9). Na deze eerste stap om tot preventie van fouten te komen, wordt de volgende stap geëxploreerd; een analyse van oorzaken van fouten (hoofdstuk 11).

Toen ik van zeer nabij in aanraking kwam met huisartsen-in-opleiding en daarna met praktizerende huisartsen, luisterde ik met verbazing naar de vele gesprekken over wat de leidraad voor de uitoefening van het vak lijkt te zijn: 'Gij zult geen fouten maken'. Dat was echter niet de gebruikte terminologie in die gesprekken. Men had het niet over fouten, niet over het voorkómen van fouten, maar oordeelde over het eigen aandeel in de genezing danwel in het sterven van de patiënt. Dit aandeel werd breed uitgemeten en zonodig werd het boetekleed aangetrokken. Over anderen werd niet geoordeeld, een ieder was zijn eigen criticus.
Als socioloog was ik hevig geïnteresseerd in de fouten en in de wijze waarop huisartsen ermee omgaan. Als patiënt was ik meer geïnteresseerd in mogelijkheden om fouten te voorkómen. Vandaar dat ik besloot onderzoek te doen, door eerst maar eens met huisartsen te praten. Daardoor kon het onderzoeksterrein globaal in kaart gebracht worden. Met dat globale inzicht is het daarna mogelijk gebleken een aantal belangrijke aspecten van fouten nader te onderzoeken. Fouten zijn natuurlijk erg interessant, maar het voorkómen ervan is relevanter.
Omdat dit een nauwelijks ontgonnen onderzoeksterrein is, kunnen we niet meer doen dan dit terrein grofweg in kaart brengen.

Het totaal overziend, denk ik dat we een kaart hebben samengesteld waarop de grote lijnen van het gebied geschetst zijn, een aantal opvallende en

toegankelijke delen van het gebied nader geëxploreerd zijn, maar grote delen nog wit gebleven zijn. Dit onderzoek wordt dan ook besloten met een aantal voorstellen voor nieuwe expedities om de witte plekken in kaart te brengen.

In het volgende wordt de huisarts uitsluitend als man beschreven en de assistente als vrouw. Vanzelfsprekend kunt u dit in gedachten desgewenst omdraaien. De keuze voor deze sexe-stereotype indeling heeft met sexe-stereotypie te maken: voor de meeste mensen is de huisarts een man, de assistente een vrouw. Daarnaast heeft het met leesbaarheid te maken, maar ook met het onderwerp. In de meeste boeken wordt de hij-vorm gebruikt; om dit nu net te doorbreken in een boek dat in wezen over een negatief beladen onderwerp gaat, lijkt mij contra-productief voor de emancipatie van de vrouwelijke huisartsen.

Het proefschrift is hierna in de wij-vorm geschreven. Niet in de pluralis majestatis, maar in de pluralis modestiae. Solo-onderzoek bestaat niet meer. Zonder medewerking, inbreng en steun van collegea en vrienden was het onderzoek niet tot stand gekomen, laat staan voltooid. De andere reden om de meervoudsvorm aan te houden is om erkenning tot uitdrukking te brengen aan de respondenten, de deelnemende huisartsen. Zij hebben de basis gelegd voor de in dit proefschrift beschreven ideeën.

Literatuur

1 A.J. Dunning, Naar een gouden standaard? In: G.H.E.M. Rutten, S. Thomas (red). *NHG-standaarden voor de huisarts*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993
2 P.P.M. Harteloh, A.F. Casparie, *Kwaliteit van zorg*. ’s Gravenhage: VUGA, 1991.
3 R. Grol, Kwaliteitssystemen in de huisartsgeneeskunde: wat betekent dit voor de huisarts? *Huisarts Wet 1993*; 36: 106-112.

"In the discovery of imperfection lies the chance for processes to improve." Donald M. Berwick. [1]

Inleiding

SAMENVATTING

Het onderwerp van dit onderzoek is 'fouten van huisartsen'. Dit is een breed, vrijwel onontgonnen onderzoeksterrein, dat vanuit veel invalshoeken is te doorvorsen. Ons doel hierbij was tweeërlei:
a) inzicht krijgen in wat er fout gaat in de huisartspraktijk;
b) mogelijkheden exploreren om fouten te voorkómen.
Wij hebben twee vragen geprobeerd te beantwoorden:
a) wanneer vinden huisartsen dat er sprake is van een fout, wat voor fouten maken huisartsen en hoe gaan ze daar mee om?
b) welke mogelijkheden zijn er om fouten te voorkómen?
Hiertoe hebben we verschillende onderzoeken uitgevoerd. Het uitgangspunt hierbij was dat de huisarts zelf als deskundige en informant optrad. De belangrijkste redenen hiervoor waren:
- onderzoekspragmatisme: het is een gevoelig onderwerp en artsen hebben van oudsher het alleenrecht om over de inhoud van hun werk te oordelen. Een andere keuze zou het onderzoek problematisch hebben gemaakt;
- beleidspragmatisme: uiteindelijk moeten huisartsen kunnen leren van hun fouten. Voor de optimalisering hiervan is een bepaalde systematiek nodig. Het is bekend dat eigen ontwikkelde systematiek beter werkt dan een door anderen bedachte en aangeboden systematiek.
In deel I van dit proefschrift exploreren we het vóórkomen van fouten, in deel II onderzoeken we de mogelijkheden tot preventie van fouten.

1.1 Inleiding

Iedereen maakt fouten. Dit geldt ook voor de huisarts, die als poortwachter en gids bij de ingang van de gezondheidszorg staat, en die voor veel patiënten gedurende tientallen jaren een adviseur en vertrouwenspersoon is bij hun streven het lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden te behouden en te ondersteunen. Helaas maken huisartsen fouten en kan het welbevinden van een patiënt door het optreden van een huisarts geschaad worden.

1.2 Terminologie

Er worden vele termen gebruikt voor 'alles wat misgaat in de gezondheidszorg':

> Fouten, bijwerkingen, incidenten, iatrogene aandoeningen, missers, ongevallen, 'near-accidents', kunstfouten, complicaties, sub-optimaal handelen en 'adverse events'

Een allesomvattende term voor dit soort voorvallen is er nog niet. We zullen het voorlopig over fouten hebben. Van Dale geeft de volgende omschrijving van *fout*: 1) verkeerde eigenschap, gebrek, 2) iets wat niet in orde is, 3) verkeerde of laakbare handeling, misslag, 4) schuld hebben, zich vergissen, 5) onjuistheid of onvolkomenheid; (bn) mis, mislukt, verkeerd.[2]

Onze voorlopige omschrijving van medische fout in de huisartspraktijk is:

> *een voorval in de huisartsenzorg waardoor een patiënt schade heeft opgelopen.*

Lange tijd hebben we aan deze definitie de zinsnede 'of schade had kunnen oplopen' toegevoegd. In de loop van de onderzoeken bleek dit door huisartsen in de praktijk echter niet zo gehanteerd te worden. Uiteindelijk hebben we daarom besloten in onze definitie 'fout' direct aan 'schade' te koppelen. In het verloop van dit proefschrift zullen we regelmatig op de terminologie en de problemen daaromtrent terugkomen. De relatie tussen fouten en vermijdbaarheid en verwijtbaarheid, tussen fouten en te veel of te weinig zorgverlening, de grens tussen 'fout' en 'goed' en het 'grijze gebied' ertussen, zullen in het vervolg aan de orde komen.

1.3 Onderzoekskeuzes

Omdat het een veelomvattend, nauwelijks onderzocht en gevoelig onderwerp betreft, is het noodzakelijk geweest ons te beperken en de volgende keuzes te maken voor de onderzoeksstrategie:

1) We hebben ervoor gekozen om fouten vanuit het standpunt van de huisarts te onderzoeken, niet vanuit het standpunt van de patiënt. We zijn uitsluitend uitgegaan van de ervaringen, meningen en wensen van huisartsen. Hiervoor hebben we twee belangrijke redenen:
   - artsen hadden van oudsher het alleenrecht om de inhoud en uitvoering van het vak vast te stellen en te beoordelen.[3] Hoewel niet-artsen langzaamaan meer zeggenschap krijgen, is deze autonomie van de professie nog sterk verankerd in het denken van artsen en elke aantasting daarvan kan tot weerstand en tegenwerking leiden. Voor een empirisch onderzoek is tegenwerking door de onderzochten niet bevorderlijk. De betrouwbaarheid en de representativiteit van de gegevens zou negatief beïnvloed kunnen worden. Het onderzoek zou vruchteloos zijn als de eerste ontginning van het onderwerp zou verzanden in een discussie over de competentie van een socioloog of patiënt tot oordelen over de professie;
   - een belangrijke reden om onderzoek naar fouten te doen, is om huisartsen de mogelijkheid te geven er van te leren zodat fouten later voorkómen kunnen worden. Er dient daarvoor systematiek te komen in het openbaren en analyseren van fouten. Er zou een structuur moeten zijn waarbinnen huisartsen van eigen en andermans fouten kunnen leren. Een dergelijk systeem, waardoor in de toekomst minder fouten gemaakt worden, staat of valt met de medewerking van huisartsen. Vanuit theorieën over vernieuwingen en veranderingen wordt geconcludeerd dat deze beter aanslaan als degenen die er mee moeten werken intensief betrokken zijn bij de ontwikkeling ervan.[4,5,6]
2) De methoden van onderzoek zijn toegesneden op deze invalshoek. Dit heeft de methoden beperkt tot die waarbij de huisarts op de een of andere wijze rapporteert wat hij doet, denkt en voelt. Interviews, enquêtes, zelfregistratie en mengvormen hiervan zijn de mogelijke onderzoeksmethoden; observaties en beoordelingen niet.
3) We zijn gebonden geweest aan de mogelijkheden die huisartsen, hun verenigingen en externe financiers ons boden. Vanwege het toch wat beladen karakter van het onderwerp was er grote schroom tot participatie, soms uitmondend in regelrechte tegenwerking. Hierbij dient opgemerkt dat de huisartsen en hun vertegenwoordigers veel minder terughoudend zijn geweest; dan subsidiegevers voor mogelijk hielden. De medewerking van de huisartsen is erg groot geweest, de bereidheid van externe financiers om onderzoek naar fouten te financieren niet.
4) Vanwege de beperkte mogelijkheden hebben we met de huisarts als uitgangspunt, low-budget onderzoek gedaan: kleinschalige dataverzameling, zo mogelijk aanhakend bij lopend onderzoek en gebruikmakend van de gegevens uit afgesloten onderzoek.
5) Omdat het onderzoeksgebied grotendeels terra incognita is, hebben we ons in eerste instantie beperkt tot exploratief onderzoek, waarin we vooral de grote lijnen wilden uitzetten. Dit houdt automatisch in dat veel wordt aangestipt, veel vragen worden opgeworpen en er regelmatig houvast wordt gezocht buiten de huisartsgeneeskunde door middel van globale verkenningen in andere vakgebieden. De gepresenteerde onderzoeken zijn dan ook zeer gevarieerd van aard. Dit exploreren houdt het risico in dat we soms een richting inslaan die veelbelovend lijkt, maar uiteindelijk niet direct relevant blijkt te zijn. Het exploratieve, zoekende karakter van dit proefschrift komt duidelijk tot uiting in de gehanteerde terminologie en omschrijving met betrekking tot ’fout’. De termen en de precieze omschrijvingen zijn gaandeweg het proefschrift aan verandering onderhevig.

1.4 Onderzoeksdoelen en -vragen

We hadden twee onderzoeksdoelen:
a) inzicht krijgen in wat er fout gaat in de huisartspraktijk;
b) mogelijkheden exploreren om fouten te voorkomen.

Uiteindelijk hopen we een bijdrage te leveren aan de verhoging van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. Door huisartsen inzicht te geven in gemaakte fouten en mogelijkheden ter voorkoming aan te bieden.
Hierop aansluitend hebben we twee onderzoeksvragen uitvoerig onderzocht:

a) wat verstaan huisartsen onder ’fout’, wat voor fouten maken huisartsen en hoe gaan ze daar mee om?
b) welke mogelijkheden zijn er om fouten te voorkmen?

De aanleiding om juist deze vragen als onderwerp van onderzoek te nemen zijn met name de volgende twee geweest:

- de relevantie. Voor patiënten, maar ook voor huisartsen is het zeer onaangenaam bij fouten betrokken te zijn. De schade voor de patiënt kan zeer groot zijn – tot het overlijden toe – en de schuldgevoelens van de arts kunnen zeer drukkend zijn;
- de interesse bij het publiek en de media. Het is een onderwerp dat volop in de belangstelling van de publieke media staat. Dit in tegenstelling tot de vakmedia (zie hoofdstuk 2). Door het gebrek aan algemeen geldende onderzoeksresultaten blijven veel discussies steken in casuïstiek en door individuele ervaringen ondersteunde beschouwingen. Vanuit wetenschappelijk onderzoek kunnen beter gefundeerde uitspraken gedaan worden. Bovendien kunnen algemene ervaringen, los van de emoties die eigen casuïstiek begeleiden, een discussie over preventieve maatregelen vergemakkelijken. De emoties die onlosmakelijk met dit onderwerp verbonden zijn, belemmeren een zakelijke bespreking ervan en dus de ontsluiting van dit terrein.

1.5 Het onderzoek

We hebben bij onze speurtocht naar fouten en de mogelijkheden tot preventie daarvan, verschillende onderzoeken gedaan en geput uit een groot aantal bronnen van divers karakter:

- een literatuursearch over het onderwerp (hoofdstuk 2);
- gesprekken met huisartsen over hun eigen fouten (hoofdstuk 3, 4 en 5);
- de *Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk* waarop we een secundaire analyse deden naar bijwerkingen en complicaties (hoofdstuk 8);
- gesprekken met deskundige huisartsen op het gebied van de preventie van fouten (hoofdstuk 9);
- een Delphi (consensus) onderzoek onder huisartsen naar de wensen en mogelijkheden tot preventie van fouten (hoofdstuk 9);
- een enquête om de meningen en wensen van huisartsen te peilen ten aanzien van het instellen van een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg huisartspraktijk (hoofdstuk 9);
- een lopend registratie-project (Huisartsen-peilstationproject Groningen) waarin ’incidenten’ geregistreerd zijn (hoofdstuk 10);
- experimenten met het melden van incidenten (hoofdstuk 10);
- foutencasuïstiek, afkomstig uit gesprekken en de literatuur, die we geanalyseerd hebben op mogelijkheden tot preventie (hoofdstuk 11).

Al met al zijn meer dan 500 huisartsen bij de diverse onderzoeken betrokken geweest. Een deel van hen is a-select gekozen (de registraties en de enquête), anderen zijn geselecteerd op hun kennis, interesse of ervaring. In de afzonderlijk onderzoeksverslagen worden de methoden en de onderzoekspopulaties uitgebreider beschreven.

1.6 Vooruitblik

In dit onderzoek gaan we uit van wat huisartsen fout vinden, welke fouten zij zeggen te maken en op welke manier zij hier lering uit willen trekken. We onderzoeken niet de juridische en tuchtrechtelijke kant van fouten, noch wat patiënten of specialisten fout vinden.
In deel I van dit proefschrift beschrijven we wat huisartsen fout vinden en welke fouten ze maken; deel II op welke wijze huisartsen hiervan willen en kunnen leren. We besluiten met aanbevelingen voor toekomstig onderzoek, onderwijs en nascholing, en voor de preventie van fouten in de huisartspraktijk.

1.7 Literatuur

1 D.B. Berwick DB, Continuous improvement as an ideal in health care. *N Eng J Med 1989*; 320: 53-6.
2 Van Dale, *Groot woordenboek der Nederlandse Taal*, 12e herziene druk. 1992.
3 E. Freidson, De medische professie. *Een studie van de sociologie van toegepaste kennis*. Lochem: de Tijdstroom, 1980. [Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Harper & Row, 1970]
4 E.M. Rogers, *Diffusion of innovations.* New York: The Free Press, 1983.
5 N. Röling, Extension science: increasingly preoccupied with knowledge systems. *Sociologia Ruralis*, 1985; 25: 269-90.
6 N. Röling, The emergence of knowledge systems thinking: a changing perception of relationships among innovation, knowledge process and configuration. *Knowledge and Policy: the International Journal of Knowledge Transfer and Utilization*, 1992; 5: 42-64.

DEEL I

FOUTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK

2 De literatuur

SAMENVATTING

De literatuur overziend, valt allereerst op dat er zo weinig geschreven is over fouten van huisartsen. De beschikbare literatuur handelt met name over de juridische en economische problemen die de 'malpractice crisis' in de Verenigde Staten met zich meebrengen en de invloed daarvan op het functioneren van de gezondheidszorg. Daarnaast is er veel onderzoek naar de werking en dus ook bijwerking van geneesmiddelen in de huisartspraktijk en de betrouwbaarheid en effectiviteit van specifieke diagnostica en therapeutica.
Uit de literatuur blijkt verder dat er een veelheid aan terminologie is voor 'alles wat niet goed gaat in de huisartspraktijk'.
De relatie tussen klachten van patiënten en fouten in de huisartspraktijk is onduidelijk. Vandaar dat we klachten niet als indicator voor het vóórkomen van fouten in de huisartspraktijk kunnen hanteren. Er zijn een paar studies waarin geprobeerd is de iatrogene problemen in de huisartsgeneeskunde te kwantificeren. Hieruit blijkt dat in 2 tot 3 procent van de contacten sprake is van iatrogene schade aan de patiënt. Niet duidelijk is in hoeverre een slechte kwaliteit van de zorg daar debet aan is. Bij necrologie-onderzoek in de huisartspraktijk is dat wel duidelijk; in deze onderzoeken komen altijd sterfgevallen aan het licht waarbij de patiënt door fouten waarschijnlijk voortijdig is overleden. Publicaties over fouten van huisartsen in de zin van incidenteel slechte zorg, zijn voornamelijk casuïstisch van aard. Er is in beperkte mate onderzoek gedaan naar fouten bij het voorschrijven van medicijnen en naar dokters die 'impaired' (letterlijk: aangetast) zijn, door bijvoorbeeld ziekte of verslaving en daardoor wellicht slecht functioneren. Ander onderzoek naar oorzaken van incidenteel slechte zorg is er nauwelijks. Uit het onderzoek dat er is, blijkt dat menselijk falen de voornaamste oorzaak van fouten is. Defensief handelen van huisartsen komt in enkele procenten van de contacten voor. Iatrogene aspecten van preventie en vroegdiagnostiek is in Nederland onderwerp van uitgebreide discussies. In hoeverre de huisarts hier iets fout doet is onduidelijk.
Over preventie van fouten zijn nauwelijks publicaties. Geconcludeerd wordt dat publicaties over dit onderwerp voornamelijk casuïstisch van aard zijn; onderzoek is er nauwelijks, hoewel artsen hier niet onwelgevallig tegenover staan.

2.1 Inleiding

In 1989 beschreef Vincent in het artikel *Research into medical accidents: a case of negligence?* zijn bevindingen van een speurtocht naar literatuur over medische ongelukken.[1] Zijn algemene bevinding was dat hier verbazingwekkend weinig over geschreven was: "The most striking finding is the paucity of the literature". In de Index Medicus is er geen trefwoord voor gereserveerd, met als gevolg dat artikelen over medische ongelukken onder diverse trefwoorden te vinden zijn. Vincent beperkte zich tot een algemene indruk, voornamelijk gericht op de intramurale gezondheidszorg. Over de huisartsgeneeskunde schreef hij niet.
Hieronder geven we een overzicht van wat er in de literatuur gepubliceerd is naar aanleiding van medische ongelukken, fouten en schadelijke gevolgen voor patiënten in de huisartsgeneeskunde.

2.2 Methode

Ondanks Vincents teleurstellende bevindingen hebben we in *Medline* geprobeerd literatuur over fouten in de huisartspraktijk op te zoeken. Onze speurtocht besloeg de periode 1966 - 1994 en het bestand van alle artikelen met de trefwoorden 'family practice or physicians, family or general practice'. Hierin waren 30804 artikelen opgenomen. Binnen dit bestand hebben we gezocht met de trefwoorden: 'iatrogenic disease', 'malpractice' en 'diagnostic errors', 'medication errors', 'medical accident(s)', 'adverse event(s)' en 'near accident(s)'. We hebben ons vervolgens beperkt tot artikelen in het Engels en Nederlands.
Hierna zijn we overgegaan op de klassieke manier: zoeken aan de hand van verwijzingen in artikelen, tips van collegae en toevalstreffers bij het doorbladeren van mogelijk relevante tijdschriften. We hebben ons hierbij in eerste instantie beperkt tot publicaties over huisartsgeneeskunde. Andere specialismen en vakgebieden hebben we globaal onderzocht teneinde voor de huisartsgeneeskunde relevante bevindingen en ontwikkelingen te signaleren.
We hebben de artikelen onderverdeeld in een aantal rubrieken die van belang zijn voor de onderzoeksvragen in dit proefschrift: wat is 'fout', wat gaat er fout en hoe kan dat voorkomen worden:

- *geschiedenis* Een korte schets van het verloop van de aandacht voor fouten.
- *terminologie* Wat wordt er verstaan onder 'fout'? Er worden veel verschillende termen gebruikt die globaal hetzelfde betekenen, maar in de nuances duidelijk van elkaar verschillen.
- *epidemiologie en aard van fouten* Wat gaat er fout en hoe vaak gebeurt dat?

- *causaliteit* Wat zijn de oorzaken van fouten?
- *preventie* Hoe zijn fouten te voorkomen?

2.3 Resultaten

De speurtocht in *Medline* leverde de volgende aantallen artikelen op, verdeeld over de trefwoorden:
- 'iatrogenic disease': 18;
- 'malpractice': 174;
- 'diagnostic errors': 194;
- 'medication errors': 24;
- 'medical accident(s)': 3;
- 'adverse event(s)': 71;
- 'near accident(s)': 1;

In totaal zijn 467 verschillende artikelen gevonden. Er was een geringe overlap tussen de trefwoorden. Bij de analyse hebben we ons zoals gezegd beperkt tot Nederlands- en Engelstalige artikelen. Dit verminderde het aantal artikelen tot 385.
De artikelen onder het trefwoord 'malpractice' hebben een paar thema's. Het eerste thema is de 'malpractice crisis' in de Verenigde Staten. Vanaf 1986 handelen de artikelen met name over de weerslag van deze crisis op de bereidheid van huisartsen om nog obstetrie te beoefenen. Na enige forse schadeclaims van patiënten zijn de verzekeringspremies voor huisartsen die obstetrie bedrijven omgekeerd evenredig gestegen met het aantal huisartsen dat nog bevallingen wil doen. Daarnaast zijn er veel artikelen afkomstig uit een strikt juridische hoek. Deze artikelen zijn niet direct relevant voor dit onderzoek. De meeste handelen over juridische en maatschappelijke consequenties van klachten en claims, al dan niet veroorzaakt door medische fouten.
Het tweede thema is 'impairment' van huisartsen, waardoor deze niet meer in staat zijn kwalitatief goede zorg te verlenen: de huisartsen die onder invloed van alcohol of drugs, in staat van overspannenheid of als gevolg van een ziekte, grove blunders begaan. Deze artikelen zijn vooral eind jaren tachtig verschenen. Ze worden in de paragraaf 'oorzaken van fouten' besproken.
De artikelen die we vonden onder het trefwoord 'diagnostic errors or medication errors' handelen voornamelijk over de voorspellende, onderscheidende of therapeutische waarde van tests en therapeutica die huisartsen gebruiken. Daarnaast wordt onderzoek beschreven waarin in testsituaties door huisartsen gestelde diagnoses en voorgeschreven medicatie worden vergeleken met die van experts, meestal specialisten op het betreffende gebied. Een kleiner aantal artikelen beschrijft de effecten van scholing die specifiek op het verbeteren van de kwaliteit gericht is en de betrouwbaarheid van onderzoeksmethoden die dit trachten te meten. Het merendeel van deze artikelen is gewijd aan kwaliteitsmeting en -bewaking van de reguliere doorsnee-huisartsenzorg, niet aan het opsporen van (oorzaken van) incidenteel slechte zorg en het voorkomen daarvan. Daarmee is het merendeel van deze artikelen ook niet relevant voor dit onderzoek.
De artikelen gevonden onder de term 'adverse event(s)' waren voor het overgrote deel verslagen van geneesmiddelonderzoek, met name 'randomized double-blind' effectonderzoek. Deze artikelen zijn eveneens minder relevant voor ons onderzoek.
Slechts enkele van de artikelen die we al in ons bezit hadden kwamen in deze search voor.
Hieronder zullen we de artikelen samenvatten die we via de search, maar vooral via andere wegen, hebben gevonden.

2.3.1 Fouten door de jaren heen

Aandacht voor de schadelijke kanten van de geneeskunde is er altijd geweest. Reeds in de oudheid werd er gewaarschuwd voor incompetente dokters en gevaarlijke therapieën.[2]
In ons land verscheen in 1955 een klinische les getiteld iatrogene ziekten.[3] In dit artikel ging Jongkees uitgebreid in op ten onrechte uitgevoerde KNO-behandelingen waarvan de gevolgen ernstiger waren dan de kwaal. Een citaat: "Het is dan ook in het algemeen een goede instelling van een medicus te trachten zijn patiënt voor operatieve ingrepen te behoeden".
In 1963 waarschuwde van Krevelen eveneens in een klinische les getiteld iatrogene aandoeningen voor de schadelijke gevolgen van uitspraken en aanbevelingen van artsen in verband met de opvoeding van kinderen.[4] In

datzelfde jaar beschreven Kuijjer e.a. een empirisch onderzoek over fouten begaan in hun chirurgische kliniek.[5] In necrologiebesprekingen waren alle sterfgevallen geanalyseerd op fouten en tekortkomingen. In twintig procent van de gevallen waren deze de voornaamste oorzaak van het sterven geweest. In de jaren daarna kwam de kritiek op de geneeskunde en de gezondheidszorg in toenemende mate vanuit de samenleving. Het boek *Grenzen aan de geneeskunde* van Ivan Illich is daarvan het meest bekende voorbeeld.[6]
Het begin van de aandacht voor fouten in de huisartspraktijk wordt gemarkeerd door het verschijnen in 1978 van het boekje *Valkuilen in de huisartspraktijk*.[7] In 1983 gevolgd door een tweede verzameling *Valkuilen*.[8] In beide bundels beschrijven dertien huisartsen de ’valkuilen’ waarin zij terecht gekomen zijn. Vaak met fatale gevolgen voor de patiënt. Vanuit de huisartsopleiding verscheen in 1985 *Van Knelpunt tot leerpunt, casuïstiek uit de huisartsopleiding*, waarin met name casuïstische leermomenten zijn beschreven.[9] Freriks schreef in 1981 een beschouwing met de titel *Omgaan met fouten*.[10] Hierin wordt onomwonden over ’fouten’ geschreven, in plaats van over ’valkuilen’ of ’iatrogene gebeurtenissen’. Daarna is er binnen en buiten de huisartsgeneeskunde meer en meer geschreven over de negatieve aspecten van de geneeskunde. In 1993 verschenen er een Nederlands en Engels boek met opstellen over alle mogelijke aspecten van fouten en ongelukken in de gezondheidszorg.[11,12] Beide boeken zijn voornamelijk gericht op de intramurale zorg.
Sinds enige jaren is er een tijdschrift getiteld *The international journal of risk and safety in medicine*, dat geheel gewijd is aan de schadelijke en risicovolle kant van de geneeskunde en de preventieve mogelijkheden hierbij.[13]
De laatste jaren wordt er in kranten en op de televisie met name over verwijtbare fouten met ernstige gevolgen voor de patiënt bericht. Opvallend bij de gevallen die in de publiciteit komen, is de houding van de falende artsen, maar ook van de ziekenhuisdirecties en verzekeringsmaatschappijen: ontkennend, intimiderend, bagatelliserend en bureaucratisch.[14]

2.3.2 Terminologie
In de literatuur zijn vele benamingen voor ’al wat mis kan gaan in de medische wereld’. Hieronder zullen we de belangrijkste gevonden termen omschrijven.

- *Kunstfout*: "verzuim in een medische (be)handeling waardoor de patiënt nadeel wordt berokkend."[15]
- *Iatrogene schade*: dit is "een voor de patiënt ongewenste en onverwachte tijdelijke of blijvende negatieve beïnvloeding van zijn gezondheid en verminderde kwaliteit van zijn leven. Deze schade ontstaat niet door een/de onderliggende ziekte maar ten gevolge van medisch handelen. Ook het nalaten, verzuimen van een behandeling kan aanleiding geven tot iatrogeen lijden. Iatrogene ziekten ontstaan bij procedures van preventie, diagnostiek of behandeling."[16]
- *Incident*: "Iedere gebeurtenis - al dan niet veroorzaakt door menselijk handelen of nalaten - bij onderzoek, behandeling, verpleging of verzorging van de patiënt(en), welke tot een schadelijk gevolg voor de patiënt(en) heeft geleid, dan wel naar algemene ervaringsregels tot schadelijk gevolg voor de patiënt had kunnen leiden, indien dit niet was voorkomen door een toevallige gebeurtenis of door een tevoren niet gepland ingrijpen".[17] Een andere omschrijving is :"een ongelukkige gebeurtenis bij een patiënt welke onder optimale condities geen deel uitmaakt van de natuurlijke historie van een ziekte of zijn behandeling. Het bestaan van een ongewenst effect behoeft geen nalatigheid van de behandelaar in te houden".[18]
- *Fout*: "iedere verwijtbare handeling en nalatigheid van een in een ziekenhuis [of huisartspraktijk, MC] werkzaam individu waardoor aan een patiënt schade wordt toegebracht dan wel welke diens dood ten gevolge heeft".[17]
- *Ongeval*: "elk feit waardoor aan een patiënt schade wordt berokkend of waardoor diens dood wordt veroorzaakt, zonder dat er sprake is van schuld en voor zover dit feit niet valt onder een tevoren berekend en bewust genomen risico".[17]
- *’Near-accident’*: "een gebeurtenis welke volgens de algemene ervaringsregels tot een fout of ongeval zou hebben moeten leiden, doch zulks niet deed ten gevolge van een niet tevoren gepland ingrijpen of van een toevallige gebeurtenis".[17]

- *Complicatie*: verwikkeling, (ongunstige) samenloop, in het bijzonder bij een ziekte: de bijkomende verschijnselen die de oorspronkelijke aandoening erger maken.
- *Bijwerking*: elke schadelijke en onbedoelde reactie op een geneesmiddel gegeven in een dosering die gebruikt wordt voor profylaxe, diagnostiek en therapie, uitgezonderd therapeutische tekortkomingen ["an adverse reaction is any response to a drug which is noxious and unintended and which occurs at dosis used in man for prophylaxis, diagnosis and therapy, excluding therapeutic failures"].[19]
- *'Adverse event'*: schade veroorzaakt door medische zorg (in plaats van door de onderliggende ziekte) en die de opname [of behandeling, MC] verlengde, een handicap veroorzaakte [...], of beide. ["an injury that was caused by medical management (rather than the underlying disease) and that prolonged the hospitalization, produced a disability at the time of discharge, or both"].[20]
- *Fouten van de eerste en tweede soort*: Deze indeling van fouten, afkomstig uit de statistiek, gaat uit van het ten onrechte verwerpen of accepteren van een hypothese.[21] In de geneeskunde heeft de hypothese betrekking op de gezondheidstoestand van de patiënt. Binnen de huisartsgeneeskunde wordt als uitgangspunt (nul-hypothese) genomen dat de patiënt gezond is. Deze aanname wordt gehandhaafd tot het tegendeel bewezen is. Als er een discrepantie is tussen de gediagnostiseerde en de werkelijke gezondheidstoestand, is er sprake van een fout:
    - een fout van de eerste soort is als een gezonde patiënt ten onrechte ziek verklaard wordt;
    - een fout van de tweede soort is als een zieke patiënt ten onrechte gezond verklaard wordt.

  Zowel artsen als patiënten vinden in het algemeen dat in de geneeskunde fouten van de tweede soort vermeden dienen te worden.[22] De uitdrukking 'better safe than sorry' geeft deze houding goed weer.
- *Defensieve geneeskunde*: het nemen van maatregelen met betrekking tot de diagnostiek en/of behandeling teneinde klachten van de patiënt en juridische aansprakelijkheid te vermijden.[23] Deze Amerikaanse omschrijving is, vanwege het vrijwel ontbreken van juridische dreiging, in Nederland toegespitst op de dreiging van ontevreden patiënten:[24] de huisarts handelt anders dan hij gewend is en dan huisartsgeneeskundig zijn voorkeur verdient, uit angst voor verwijten en klachten van de patiënt of zijn naasten.[25] Daarbij wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen:
    - positieve defensieve geneeskunde: het uitvoeren van handelingen die geneeskundig gezien niet noodzakelijk zijn, en
    - negatieve defensieve geneeskunde: het onthouden van diagnostische of therapeutische handelingen aan de patiënt, die gezien diens conditie medisch gerechtvaardigd zouden zijn.[26,24]

  Een verschil met de andere categorieën, is dat de arts zich er meer en eerder van bewust kan zijn dat zijn handelen afwijkt van hetgeen hij goed vindt. Het zal de patiënt meestal geen directe schade berokkenen, maar de patiënt zou in de visie van de arts beter af zijn als er anders gehandeld zou worden.

2.3.3 Aantal fouten en hun aard

Er is in de huisartsgeneeskunde geen onderzoek gedaan met als doelstelling inzicht te krijgen in het aantal fouten in de huisartspraktijk. Er zijn wel onderzoeken gedaan die hier een indicatie van kunnen geven. Deze worden hieronder beschreven.

Klachten – Klachten van patiënten zijn signalen van onvrede met de behandeling of het resultaat daarvan. Er zijn in Nederland drie belangrijke instanties waar klachten van patiënten over (huis)artsen ingediend kunnen worden:

- *de Geneeskundige Inspectie*. Deze kan zelf onderzoek verrichten en met de betreffende huisarts praten. Maatregelen kan ze niet nemen, behalve het indienen van een klacht bij het Medisch Tuchtcollege.
- *het Medisch Tuchtcollege*. Deze behandelt klachten van patiënten en de Inspectie. De maatregelen die genomen kunnen worden zijn: waarschuwing, berisping, boete, tijdelijke ontzegging, uitzetting uit het register.

- *klachtenbureaus, patiëntenbureaus etc*. Deze functioneren vaak plaatselijk of regionaal, bijvoorbeeld het Klachtenbureau Patiënt en Huisarts in Drente.

In Nederland hebben in 1993 de Medische Tuchtcolleges 157 uitspraken gedaan naar aanleiding van klachten over huisartsen en 61 uitspraken over waarnemend huisartsen. De grootste groep klachten betrof 'geen of onvoldoende zorg' (55 maal) en 'niet of te laat komen op verzoek' (42 maal). Meer dan de helft (32 van de 61 uitspraken) van de uitspraken over waarnemend huisartsen gingen over deze laatste categorie.[27] Een aantal jaren geleden waren er eveneens vrij veel klachten over met name waarnemende huisartsen die een visite weigerden. Deze klachten die aan het Tuchtcollege werden voorgelegd, leidden vaak tot een maatregel.[28] Er is op gehamerd om patiënten geen visites te weigeren.[29]
Bij het Klachtenbureau Patiënt en Huisarts in Drenthe zijn in één jaar tachtig klachten binnengekomen.[30] Hiervan had 47 procent betrekking op de relatie/communicatie en 44 procent op het medisch-technische deel van de huisartsenzorg. Huisartsen stonden in eerste instantie vrij huiverig tegenover dit bureau.[31] Na een jaar vond 59 procent van de Drentse huisartsen dat het bureau moest worden voortgezet. Opmerkelijk is dat van de huisartsen waartegen een klacht was ingediend, 81 procent voor continuering van het bureau was.[32]
In Engeland zijn in 1988 door patiënten 1162 klachten over huisartsen ingediend bij de 'family practitioner committees'. Een analyse van deze klachten bracht naar voren dat de meeste betrekking hadden op 'failure to visit' (25%) en 'failure to diagnose' (20%). In bijna een derde (32%) van alle gevallen waarover een klacht was ingediend, was de patiënt gestorven.[33]
Eveneens in Engeland is een interessante proef gedaan met een informele klachtenprocedure in één gezondheidscentrum. Klachten van patiënten over het centrum, maar ook van stafleden over patiënten, konden aan een hiervoor aangewezen functionaris meegedeeld worden. Deze zocht de klachten samen met een patiëntenafvaardiging uit. In het eerste jaar zijn 39 klachten ingediend, waaronder tien van stafleden over patiënten. De afhandeling van de klachten verliep vlot; klagers kregen snel antwoord en uitleg, veranderingen konden snel geïmplementeerd worden. De benodigde tijd en financiën voor de behandeling van de 39 klachten waren minder dan voor de twee formele klachten die in de vijf jaar daarvoor bij de autoriteiten waren ingediend. De stress van de betrokkenen was eveneens veel minder. De wederkerigheid van de klachtenregeling verbeterde het moreel van de staf aanzienlijk.[34]

Er is onderzoek gedaan naar de relatie tussen het aantal ingediende klachten en het aantal patiënten dat ontevreden is over de zorg. Verkruisen vond in een aselecte steekproef dat 16 procent van Nederlanders ontevreden was over contacten met de gezondheidszorg in de voorafgaande twee jaar.[35] Hij extrapoleert en concludeert dat jaarlijks van de zes miljoen contacten waarover patiënten ontevreden zijn en waarbij de norm van het Medisch Tuchtrecht wordt overschreden, slechts 700 tot een klacht bij het Tuchtcollege hebben geleid.
Bij lezing van de klachten die bij de inspectie en andere officiële instanties worden ingediend, komt naar voren dat de reden waarom patiënten een klacht indienen, vaak meer verband houdt met de wijze waarop de arts de patiënt met een klacht bejegent, dan met het resultaat van de behandeling.[36] Gechargeerd gezegd: in een goede arts-patiëntrelatie worden fouten besproken en uitgepraat, in een slechte relatie leiden fouten tot klachten bij het Tuchtcollege.
Vaststaat in ieder geval dat er jaarlijks enige honderden klachten over huisartsen bij diverse instanties ingediend worden. Maar het aantal klachten dat wordt ingediend is waarschijnlijk een zwakke afspiegeling van het aantal patiënten dat ontevreden is. Waarschijnlijk zegt het aantal klachten ook niets over het aantal fouten dat er in de huisartspraktijk wordt gemaakt.

Iatrogene schade – Over iatrogene schade is in 1984 in Nederland door Post gepubliceerd.[16] Hij deed verslag van zijn ervaringen met iatrogene ziekte en schade vanuit zijn eigen huisartspraktijk. Hij volgde een aantal patiënten vanaf hun eerste onwelbevinden in hun gang door de gezondheidszorg. Dit resulteerde onder meer in een aantal voorbeelden van iatrogene schade aan patiënten: onschuldige problemen of problemen voortvloeiend uit 'een

moeilijk leven', die door de strikt somatische en sterk medisch-technische aanpak van huisarts en specialisten tot invaliditeit en sterfte leidden. Post heeft drie soorten iatrogene ziekten onderscheiden: te veel, te weinig of onjuiste medische zorg.
In het Nederlandse Transitieproject zijn met behulp van de 'International Classification of Primary Care' (ICPC) (De 'International Classification of Primary Care' is een classificatiesysteem met behulp waarvan alle klachten, diagnoses en verrichtingen in de huisartspraktijk te coderen zijn.) gedurende één jaar in 22 huisartspraktijken alle ziekte-episodes geregistreerd. Meer dan 40.000 patiënten en 38 huisartsen waren hierbij betrokken. Van belang voor ons onderwerp zijn de ICPC-codes 'adverse effect medical agent proper dose' en 'complications surgical/medical treatment'.[37] In totaal zijn 108.704 episodes geregistreerd. Hiervan betrof 2,7 procent bijwerkingen geneesmiddelen (A-85) en 0,6 procent complicaties van geneeskundige interventies (A-87).[38] Een onderdeel van dit project was gericht op patiënten vanaf 65 jaar. Van de ziekte-episodes bij bejaarden betrof 1,0 procent complicaties en 5,2 procent bijwerkingen van de medicatie.[39]
Mulroy vond in 1973 in een praktijk met meer dan 6.000 patiënten dat gedurende een jaar in 2,6 procent van de consulten iatrogene ziekte de reden voor consultatie was. In de meeste gevallen betrof het bijwerkingen van medicijnen (2,1%).[40]
Ten slotte zijn er onderzoeken verricht naar sterfte in de huisartspraktijk. Tudor Hart vond bij het analyseren van 500 sterfgevallen in de eigen huisartspraktijk in 45 gevallen tekortkomingen van de huisarts.[41] In een ander Engels onderzoek zijn sterfgevallen als gevolg van hart- en vaatziekten onderzocht. Het bleek dat in veel gevallen patiënten met een verhoogd risico, bijvoorbeeld patiënten met hypertensie, niet adequaat waren behandeld of dat het aan een systematische follow-up door de huisarts had ontbroken.[42]
In Nederland vond Tempelaar in de eigen praktijk dat hij en/of de behandelend specialist (mede) debet was aan het overlijden in twaalf van de 124 sterfgevallen.[43] Schadé rapporteerde over een groep van tien huisartsen die necrologiebesprekingen hielden. In vijftien van 107 sterfgevallen was sprake van overlijden als gevolg van in principe te behandelen ziekten of te voorkomen complicaties.[44] Van den Bosch vond in het Lentse dodenboekje dat zeventien van de 705 overleden patiënten door iatrogene oorzaken overleden waren.[45] Crebolder vond in het eigen gezondheidscentrum bij analyse van honderd sterfgevallen, dat in zes gevallen de huisarts de diagnose te laat had gesteld of het beleid op zijn minst discutabel was.[46]
Deze onderzoeken geven wel een indicatie dat er dingen misgaan in de huisartspraktijk, maar hoe vaak en wat er precies misgaat is niet te achterhalen. Hier ontbreekt een onderzoek zoals de *Harvard Medical Practice Studie* naar schade door medisch handelen in de intramurale zorg. In dit onderzoek zijn meer dan 30.000 patiëntendossiers in ziekenhuizen onderzocht op aanwijzingen voor iatrogene schade. Bij 3,7 procent van de ziekenhuisopnamen bleek sprake te zijn van 'adverse events'.[20] Uit dit en ander onderzoek naar iatrogene schade bleek dat oudere patiënten meer kans lopen hierdoor getroffen te worden.[47] Ook patiënten met ingewikkelder problematiek en dus met een behoefte aan meer en gedifferentieerdere zorg, bleken volgens het Harvard onderzoek een grotere kans op iatrogene schade te lopen.[20]
Onderzoeken naar specifieke fouten in de huisartspraktijk zijn niet verricht, behalve naar fouten en onjuistheden in recepten. In Amerikaans onderzoek onder artsen in opleiding tot huisarts bleek 21 procent van de recepten fouten te bevatten. Dit varieerde van kleine omissies op het recept tot verkeerde doseringen.[48] In een Engels onderzoek in de huisartspraktijk bleek 3,2 procent van de 15.916 door huisartsen geschreven recepten fouten te bevatten.[49]
Een ander soort iatrogene schade betreft de gevolgen van screening en prenatale diagnostiek. Met de toenemende mogelijkheden om ziekten, risico's voor het krijgen van ziekten en risico's op het overerven van ziekten vroegtijdig op te sporen, nemen naast de positieve effecten hiervan de iatrogene schadelijke gevolgen voor de betrokkenen toe.[50] Dit komt omdat geen enkele (opsporings)test volmaakt is: exact en uitsluitend al die mensen opsporen die een ziekte of een verhoogd risico hebben en die mensen die geen ziekte of een verhoogd risico hebben niet opsporen. Het eerste, de sensitiviteit heeft namelijk een negatieve relatie met het tweede, de specificiteit. De sensitiviteit van een test kan verhoogd worden door de

criteria bij te stellen, maar dit betekent automatisch dat de specificiteit verlaagd wordt. Bij elke toepassing van tests zullen dan ook fouten gemaakt worden. Dit is bekend en geaccepteerd door degenen die deze vorm van diagnostiek mogelijk willen maken. Bij screening worden twee soorten fouten gemaakt, namelijk:

- mensen die niet ziek zijn of geen risico lopen, kunnen ten onrechte opgespoord worden (fout-positief);
- mensen die wel ziek zijn of een risico lopen, kunnen ten onrechte niet opgespoord worden (fout-negatief).

Behalve screening worden voortdurend meer preventieve maatregelen aangeboden. Hierbij speelt de volgende paradox een rol: een groot aantal individuen moet worden belast en er zijn maar enkelen die daarvan profiteren.[51] Voor de meeste mensen die preventieve maatregelen nemen, leveren deze geen enkele winst op. Ingeval de maatregelen medische handelingen of medicatie betreffen, is er dus sprake van overbodige geneeskundige handelingen. Hier kan men spreken van fouten van de tweede orde, mensen ten onrechte als ziek behandelen.
Met het toenemen van deze mogelijkheden wordt ook de taak van de huisarts groter. Hij is uitvoerder van de screening (direct of als verwijzer indirect) en begeleider van de mensen na de screening. In veel gevallen schrijft hij ook de preventieve geneesmiddelen voor, bijvoorbeeld bloeddruk- of cholesterolverlagende middelen. Bij een aantal huisartsen heeft dit weerstanden opgeroepen. De voor- en nadelen van de preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk is vele jaren onderwerp van heftige discussies geweest.[52-58] Onlangs is over de stellingname van het Nederlands Huisarts Genootschap tegen de screening op osteoporose zelfs een rechterlijke uitspraak geëist, waarbij het NHG overigens op alle punten in het gelijk gesteld is.[59]
Het lijkt erop dat zolang er discussie is over het toepassen van een bepaalde screeningsvorm en er dus meerdere standpunten zijn, niet van ’fout’ gesproken kan worden indien een huisarts conform een van de standpunten en dus afwijkend volgens andere standpunten handelt. Op het moment dat de discussie min of meer besloten wordt en de uitkomst duidelijk ligt, kan een afwijking van de consensus aanleiding tot een Tuchtuitspraak zijn. Een voorbeeld hiervan is de regel om 36-jarige zwangeren een vruchtwaterpunctie aan te bieden. In 1990 is een vrouwenarts die een verzoek om een vruchtwaterpunctie van een 36-jarige vrouw afwees, door het Centraal Medisch Tuchtcollege gewaarschuwd. Hierbij werd gewezen op het feit dat in 1986 om medische redenen de leeftijd voor een punctie op 36 jaar is gesteld.[60]

Casuïstiek – Beschrijvingen van fouten van huisartsen en schadelijke gevolgen voor de patiënt zijn er legio. Veel medische tijdschriften hebben wel een rubriek waarin ziektegeschiedenissen geplaatst worden, bijvoorbeeld ’Lesson of the week’ in *British Medical Journal* of ’praktijkperikel’ in *Medisch Contact*. Deze rubrieken dienen een educatief doel. Vandaar dat vaak beschreven wordt ’hoe het mis ging’. Daarnaast zijn er beschouwingen over fouten, meestal naar aanleiding van een ontboezeming van de auteur over een casus waarin het fout ging. Een indrukwekkend voorbeeld hiervan schreef Hilfiker in 1984.[61] Opvallend is dat de aandacht voor fouten vaak op schrift gezet wordt bij het beëindigen van de praktijk, of bij het emeritaat. De jongeren worden daarbij opgeroepen openheid over fouten te betrachten. [62,63]

2.3.4 Oorzaken van fouten

Buiten de geneeskunde is veel onderzoek gedaan naar oorzaken van fouten. Hieruit blijkt altijd weer dat de mens de oorzaak van de meeste ongelukken is en niet het falen van de techniek.[64,65] Binnen de geneeskunde is dat niet anders, zo is gebleken uit onderzoek in de obstetrie, anesthesiologie en op de intensive care.[66,67,68] Ook in de Harvard Medical Study zijn de oorzaken van ’adverse events’ onderzocht. Het overgrote deel werd veroorzaakt door falend personeel en tekortschietend beleid. Ruim een kwart bleek te wijten aan nalatigheid. Gesuggereerd wordt dat de meeste fouten te voorkómen zijn.[69]
Wij verwachten dat dit in de huisartsgeneeskunde niet anders is. Systematisch onderzoek gericht op het opsporen van oorzaken van fouten, zoals buiten de geneeskunde en in mindere mate in de intramurale zorg plaatsvindt, is ons niet bekend. Wel is ons een recent onderzoek bekend binnen één toetsgroep van huisartsen. Elke huisarts bracht hierbij maandelijks een fout in. Deze in totaal 39 fouten werden binnen de groep

geclassificeerd naar oorzaak. De meeste fouten waren multicausaal. De belangrijkste oorzaken waren gelegen in de 'communicatie met de patiënt' (25 keer), 'attitude van de huisarts' (irritatie, moeheid: 20 keer) en niet of verkeerd 'hanteren van medische gegevens' (12 keer).[70]
Daarnaast is onderzoek gedaan naar een tweetal oorzaken van fouten: de slecht functionerende dokter en defensief handelen.

De slecht functionerende dokter – Ook binnen de huisartsgeneeskunde heeft men veel onderzoek gedaan naar de 'impaired doctor' als oorzaak van fouten: de dokter die door verslaving, psychische of somatische ziekte of psycho-sociale omstandigheden niet meer in staat is patiënten goed te behandelen.[71]
Uit diverse onderzoeken blijkt dat de fysieke gesteldheid van dokters beter is dan die van de gemiddelde bevolking, maar dat hun psychische gezondheid slechter is. Dat uit zich in meer zelfmoorden, meer verslavingen, meer depressies en meer slechte huwelijken.[72] Een tiende van alle dokters zou mogelijk 'impaired zijn'. Elders wordt 5 tot 15 procent genoemd.[73] Uit Amerikaans onderzoek blijkt het risico van huisartsen hierbij dubbel zo groot te zijn als het gemiddeld risico van alle artsen. Veel 'impaired' artsen zijn afhankelijk van drugs of alcohol.[74]
Er is een verschil tussen 'impaired' zijn en dysfunctioneren. Vanwege 'impairment' heeft een arts een zeer groot risico dat hij dysfunctioneert, maar dysfunctioneren kan ook andere oorzaken hebben. De overlap is waarschijnlijk groot. Een sprekende casus van een dysfunctionerende en waarschijnlijk 'impaired' huisarts is de volgende:

Dokter A. was een waarnemer die alle pillen in een mand gooide en deze in de wachtkamer neerzette met een bordje erbij: 'Help uzelf en stoor mij niet'. Ter verdediging hiervan zei hij dat zijn methode niet willekeuriger was dan die van andere dokters.[73]

Uit onderzoek onder specialisten in Noord-Holland blijkt dat over een periode van vijf jaar, ongeveer vijf procent dysfunctioneert.[75]
Een van de oorzaken van dysfunctioneren is het 'burnout'-syndroom. Uit onderzoek blijkt dat huisartsen gemiddeld meer 'opgebrand' raken dan verpleegkundigen of intensive care artsen.[76] Opgebrande dokters lopen een groot risico 'impaired' te geraken. Een interessante bevinding in hetzelfde onderzoek is de omgekeerde relatie, 'burnout' niet als oorzaak, maar als het gevolg van fouten. Op de vraag: "Heeft u als huisarts weleens een gebeurtenis meegemaakt, positief of negatief, die de manier waarop u ten opzichte van het werk staat sterk heeft beïnvloed?" antwoordt 18 procent van de huisartsen die negatieve aspecten noemt (60 procent van alle respondenten doet dat), het missen van een diagnose of een verkeerde behandeling die noodlottig blijkt te zijn voor de patiënt. Nog eens tien procent noemt fouten en/of tuchtcollegezaken.[76]

Defensief handelen – Een andere mogelijke oorzaak van incidenteel slechte zorg vormt het defensief handelen door huisartsen. Uit een Nederlands onderzoek komt naar voren dat in 2,06 procent van de ziektegevallen huisartsen defensief handelen.[77] Bij verwijzingen zou dit percentage tien tot twintig procent zijn.[78] Bij het aanvragen van aanvullend onderzoek blijken (positief) defensieve overwegingen in ruim een kwart van de gevallen een rol te spelen.[24] Een nadere nuancering is hierbij op zijn plaats: niet in al deze gevallen is dit handelen verwerpelijk of schadelijk voor de patiënt. Een patiënt geruststellen door middel van een verwijzing of aanvullend onderzoek, hoewel de arts het medisch gezien niet geïndiceerd vindt, kan soms heel zinvol zijn.[24] Defensief handelen is dan ook niet altijd fout, maar vanuit strikt medisch oogpunt wel suboptimaal.
Grundmeijer stelt dat het typisch Nederlands calvinistisch is om hier een probleem van te maken.[78] Een en ander komt ook naar voren in internationaal vergelijkend onderzoek over het nemen van risico's bij het nemen van medische beslissingen in de huisartspraktijk. In antwoord op een vragenlijst naar de geneigdheid risico te nemen, zegt 60 procent van de Belgische huisartsen geen risico's te willen nemen, 54 procent van de Engelse artsen en slechts 24 procent van de Nederlandse collegae.[79]
Interessant in dit verband is hoe de patiënt denkt over het nemen van risico door de huisarts. Vaak wordt gesteld dat patiënten geen enkel risico willen nemen. Onlangs is aan huisartsen en patiënten dezelfde stelling voorgelegd:

"Beter duizend mensen onderzocht dan eenmaal iets over het hoofd gezien". Van de huisartsen was 9 procent het hiermee eens, van de patiënten 87 procent.[80] In beschouwingen over het nemen van risico's, onzekerheden en defensief handelen, wordt wel de mening geponeerd dat patiënten bereid zijn om met onzekerheid en risico's te leven, als de huisarts dat ten minste duidelijk uitlegt.[78]

2.3.5 Preventie van fouten

In de literatuur zijn nauwelijks artikelen te vinden over onderzoeken waarin aan de hand van analyses van fouten, maatregelen ter voorkoming van fouten in de huisartspraktijk worden opgesteld. Een eerste aanzet in Nederland is het artikel over de analyse van fouten in een toetsgroep.[70] Wel worden er regelmatig preventieve aanbevelingen gedaan, maar dat is meestal aan de hand van een bepaalde casus, of aan de hand van klachten bij Inspectie of Tuchtcollege.

Bij onze speurtocht naar preventie van fouten hebben we wel onderzoeksverslagen gevonden naar mogelijkheden om te voorkomen dat klachten ingediend worden. Aan deze vorm van preventie is vooral buiten de huisartsgeneeskunde veel aandacht besteed. De strategie om patiënten te weerhouden, al dan niet terecht een klacht in te dienen, bestaat uit: de patiënt veel aandacht schenken, goed informeren over wat er te gebeuren staat, verwachtingen van de patiënt toetsen en teleurgestelde patiënten goed opvangen, na een fout excuses maken en niet over de verwijtbaarheid gaan discussiëren maar over de gevolgen voor de patiënt.[81-84] Binnen de huisartsgeneeskunde is ook onderzoek gedaan naar strategieën om klachten van al dan niet terecht ontevreden patiënten niet te laten escaleren tot bijvoorbeeld schadeclaims.[85] In een Amerikaans onderzoek bleek dat patiënten die door huisartsen 'suit-prone' werden bevonden, meer behandeling kregen, eerder verwezen werden, maar vaak ook in de huisartspraktijk geweigerd werden. De contacten werden daarnaast uitgebreider gedocumenteerd. De huisartsen handelden dus defensief bij deze patiënten.[86]

De allereerste aanzet tot de preventie van fouten is om er in de opleiding tot arts en daarna in de huisartsopleiding over te leren praten. In de Verenigde Staten is een onderwijsprogramma over fouten aan eerstejaars medisch studenten gegeven. Een van de doeleinden van dit programma was om studenten duidelijk te maken dat competente artsen zo nu en dan fouten maken. Het programma bleek in een grote behoefte te voorzien.[87] In Nederland bestaat het onderwijsprogramma *Omgaan met fouten*, bestemd voor huisartsen in opleiding. Hierin wordt met name geleerd om over fouten te praten, met de patiënt, maar ook onderling.[88]

Maar om preventie van fouten in de dagelijkse praktijk effectief te laten worden, zal men eerst systematische aandacht moeten schenken aan oorzaken en gevolgen van fouten.[69,89]

2.4 Beschouwing

Vincents verbazing dat er zo weinig over fouten in de geneeskunde is geschreven, kunnen wij wat betreft de huisartsgeneeskunde delen. Er is nauwelijks onderzoek gepubliceerd waarin nagegaan is hoeveel fouten en welke fouten vóórkomen en wat de oorzaken daarvan zijn. Evenmin is over het voorkómen van fouten geschreven. Wat er bekend is over fouten in de huisartsgeneeskunde weten we voornamelijk dank zij casuïstische ontboezemingen van moedige huisartsen.

Het onderzoek dat gepubliceerd is over dit onderwerp, betreft de perifere aspecten ervan: de 'impaired doctor', het voorkómen van klachten (niet van fouten), en de juridische aspecten.

Overigens staan artsen niet afwijzend ten opzichte van onderzoek naar fouten. In een Engels onderzoek zegt 98 procent van de responderende specialisten dat het noodzakelijk is om onderzoek te doen naar de oorzaken van 'medical accidents'.[90] Hoe huisartsen hier tegenover staan weten we niet.

2.5 Literatuur

1 C.A. Vincent, Research into medical accidents: a case of negligence? *BMJ* 1989; 299: 1150-3.
2 P. Bol, A.F. Tempelaar, Fout verleden. De geschiedenis van de medische fout. In: Everdingen JJE van (red.). *Smetten op de witte jas*. Overveen: Belvédère, Amsterdam: Boom, 1993.

3 L.B.W. Jongkees, Iatrogene ziekten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1955; 99: 3102-6.
4 D.A. van Krevelen, Iatrogene aandoeningen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1963; 107: 529-33.
5 P.J. Kuijjer, J.F. van Rhede van der Kloot, J. Logeman Sterfte, Medische tekortkomingen en foutenbronnen. *Ned Tijdschrift Geneeskund* 1963; 107: 1268-70.
6 I. Illich, *Medical nemesis - The expropriation of Health*. London: Marion Boyars, 1975.
7 Anoniem, *Valkuilen in de huisartsenpraktijk*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1978.
8 Anoniem, *Valkuilen in de huisartsenpraktijk 2*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
9 B. Meyboom-de Jong, P.C. Bügel (red.). *Van knelpunt tot leerpunt, casuïstiek uit de huisartsopleiding*. Groningen: Universitair Huisartseninstituut Groningen / Medicopharma, 1985.
10 J.P. Freriks, Omgaan met fouten. *Huisarts Wet* 1981; 24: 20-2.
11 J.J.E. van Everdingen (red.). *Smetten op de witte jas*. Overveen: Belvédère; Amsterdam: Boom, 1993.
12 C. Vincent, M. Ennis, R.J. Audley (red.). *Medical accidents*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
13 *The international journal of risk and safety in medicine*. Editor: Dukes MNG. Amsterdam: Elsevier Science B.V.
14 R. Steenhorst, *Medisch MisHandelen*. Utrecht: het Spectrum, 1993.
15 M.B. Coëlho, G. Kloosterhuis, *Zakwoordenboek der geneeskunde*. Den Haag: van Goor zonen, 1972.
16 D. Post, *Iatrogene ziekten. Een onderzoek naar oorsprong en omvang.* Alphen aan den Rijn / Brussel: Stafleu, 1984.
17 Anoniem, Gedragslijnen bij fouten, ongevallen en near-accidents. *Medisch Contact* 1985; 40: 144-8.
18 G.H.A. Siemons, Risicomanagement als onderdeel van kwaliteitszorg. *Medisch Contact* 1990; 45: 1443-4.
19 *WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring: International monitoring of adverse reactions to drugs: adverse reactions terminology.* WHO, 1984.
20 T.A. Brennan, L.L. Leape, N.M. Laird et al., Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Eng J Med* 1991; 324: 370-6.
21 T.J. Scheff, *De psychisch gestoorde en zijn milieu.* Utrecht/Antwerpen: het Spectrum, (2e herziene druk) 1973.
22 K.H. Groenier, Tussen Scylla en Charybdis. In: L.M. Schure e.a. *Een huisarts welbeschouwd. Huisartsgeneeskundige opstellen ter gelegenheid van het afscheid van prof.dr. Geert Jacob Bremer*. G.R. Hoekstra (red.). Utrecht: Bunge, 1989.
23 F.J. Ritchey, Case management of patients perceived as suit-prone. Ethics in: *Science & Medicine* 1980; 7: 37-48.
24 C. van Boven, P.H. Dijksterhuis, H. Lamberts, Defensief handelen door huisartsen bij aanvullend onderzoek. *Huisarts Wet* 1994; 37: 473-7.
25 H. Lamberts, P.M.H. Jansen, Defensief handelen door huisartsen. Ned *Tijdschr Geneeskd* 1984; 128: 598-602.
26 L.R. Tancredi, J.A. Barondess, The problem of defensive medicine. *Science* 1978; 200: 879-82.
27 Geneeskundige hoofdinspectie van de volksgezondheid. *Jaarverslag 1993*. Rijswijk: 1994.
28 A. Vrij, Het huisbezoek revisited. Of: hoe gaan artsen met klachten en fouten om. *Med Contact* 1987; 42: 337-8.
29 A. Vrij, Het huisbezoek. *Medisch Contact* 1986; 39: 241.
30 D. Post, P.J.M. Hinskens, *Evaluatie over de periode 1 oktober 1991 – 1 oktober 1992. Klachtenbureau patiënt en huisarts.* Groningen: Vakgroep Gezondheidswetenschappen RUG, z.j.
31 M. Padt, Drents klachtenbureau voor patiënten nu al een succes. *De huisarts* 1992; 3 (10): 19-22.
32 D. Post, P.J.M. Hinskens, Klagen over de huisarts. Een klachtenbureau geëvalueerd. *Medisch Contact* 1994; 49: 195-6.
33 C.A. Owen, Formal complaints against general practitioners: a study of 1000 casus. *Brit J Gen Pract* 1991; 41:113-5.
34 P.C. Pietroni, S. de Uray-Ura, Informal complaints procedure in general practice: first year’s experience. *BMJ* 1994; 308: 1546-8.

35 W.G. Verkruisen, *Dissatisfied patients: their experiences, interpretations and actions.* [Dissertatie]. Groningen: Rijks Universiteit Groningen, 1993.
36 P.J. Jongerius, Het Medisch Tuchtcollege. Een hand of een zwaard boven het hoofd? *Praktijkmanagement voor de huisarts* 1994; 10 (5): 15-9.
37 H. Lamberts, M. Wood, *International Classification of Primary Care.* Oxford: Oxford University Press, 1987.
38 H. Lamberts, H.J. Brouwer, J. Mohrs, *Reason for encounter-, episode- and process-oriented standard output from the Transition project.* Amsterdam: Department of general practice/family medicine, 1991.
39 B. Meyboom-de Jong, *Bejaarde patiënten. Een onderzoek in twaalf huisartspraktijken*. Meditekst, Lelystad, 1989.
40 R. Mulroy, Iatrogenic disease in a general practice: its incidence and effects. *BMJ* 1973; ii: 407-10.
41 J. Tudor Hart, C. Humphryes, Be your own coroner: an audit of 500 consecutive deaths in a general practice. *BMJ* 1987;294:871-4.
42 J.N. Payne, P.C. Milner, C. Saul, I.R. Bowns, D.R. Hannay, L.E. Ramsay, Local confidential inquiry into avoidable factors in deaths from stroke and hypertensive diseases. *BMJ* 1993; 307: 1027-30.
43 A.F. Tempelaar, Sterfte en iatrogene schade. *Huisarts Wet* 1986; 29: 34-7.
44 E. Schadé, Het bestuderen van de doodsoorzaken bij patiënten in de huisartspraktijk; de opzet van een toetsing. *Ned T Geneesk* 125;35:1414-7.
45 W. van den Bosch, Het Lentse dodenboekje. *Huisarts Wet* 1985; 28: 99-104.
46 H.F.J.M. Crebolder, Over sterven en stervensbegeleiding. Een kwantitatieve analyse van honderd sterfgevallen. *Huisarts Wet* 1980; 23: 439-46.
47 C. Patterson, Iatrogenic disease in late life. *Clinics in Geriatric Medicine* 1986; 2: 121-36.
48 A.F. Shaughnessy, R.O. Nickel, Prescription-writing patterns and errors in a family medicine residency program. *J Fam Prac* 1989; 29: 290-5.
49 R.G. Neville, F. Robertson, S. Livingstone, I.K. Crombie, A classification of prescription errors. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 110-2.
50 T. Tijmstra, Screening en bevolkingsonderzoek. Over de (on)mogelijkheden van actieve vroege opsporing van afwijkingen. *Med Contact* 1984; 39: 561-7.
51 T. Tijmstra, Gezondheidsbevordering en preventie. In: Aakster CW, Kuiper G (red.). *Leerboek medische sociologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff; 1984.
52 C.P.M. Boot, Voorkomen van hart- en vaatziekten: vraagteken 1. Is behandeling van hoge bloedruk zinvol? *Medisch Contact* 1987; 42: 1311-4.
53 C.P.M. Boot, Voorkomen van hart- en vaatziekten: vraagteken 2. Is opsporing van hoge bloedruk zinvol? *Medisch Contact* 1987; 42: 1338-42.
54 C.P.M. Boot, Voorkomen van hart- en vaatziekten: vraagteken 3. Is opsporing en behandeling van een hoog serumcholesterol zinvol? *Medisch Contact* 1987; 42: 1373-5.
55 C.P.M. Boot, Voorkomen van hart- en vaatziekten: vraagteken 4. Heeft meting en beïnvloeding van meer dan één risicofactor zin? *Medisch Contact* 1987; 42: 1407-9.
56 C.P.M. Boot, Voorkomen van hart- en vaatziekten: vraagteken 5. Preventietherapie. *Medisch Contact* 1987; 42: 1436-7.
57 C.P.M. Boot, Voorkomen van hart- en vaatziekten: vraagteken 6. Conclusies uit preventieonderzoekingen. *Medisch Contact* 1987; 42: 1471-3.
58 Anoniem. 'Voorkómen van hypertensie 1-3'. [ingezonden brieven] *Medisch Contact* 1987; 42: 1593-5, 1613-5.
59 S. Thomas, De positie van standaarden en adviezen van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1994; 138: 2638-40.
60 L. Bergkamp, W.H. van Baren, P. Bergkamp et al (red). *Gids jurisprudentie gezondheidsrecht*. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1989.
61 D. Hilfiker, Facing our mistakes. *N Eng J Med* 1984; 310: 118-22.

62 W. Brouwer, *Vallen en opstaan*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.
63 P.E. Treffers, Fouten en onzekerheid in de medische praktijk; de visie van een obstetricus. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1993; 137: 1033-6.
64 W.A. Wagenaar, J. Groenewegen, Accidents at sea: Multiple causes and impossible consequences. *Int J Man-Machine Studies* 1987; 27: 587-98.
65 J.T. Reason, The human factor in medical accidents. In: C. Vincent, M. Ennis, R.J. Audley (red.). *Medical accidents*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
66 M. Ennis, C.A. Vincent, Obstetric accidents: a review of 64 cases. *BMJ* 1990; 300: 1365-7.
67 D.M. Gaba, Human error in anesthetic mishaps. *Int Anesthesiol Clin* 1989; 27: 137-47.
68 D. Wright, S.J. Mackenzie, I. Buchan, C.S. Cairns, L.E. Price, Critical incidents in the intensive therapy unit. *Lancet* 1991; 338: 676-8.
69 L.L. Leape, T.A. Brennan, N. Laird et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324: 377-84.
70 A.M.M. van Pelt-Termeer, F.A. van den Berg, Hoe heeft het kunnen gebeuren? Beoordeling van fouten en bijna-ongelukken in een toetsgroep. *Huisarts Wet* 1995; 38: 7-9, 29.
71 E.T. Shapiro, H. Pinsker, J.H. Schale, The mentally ill physician as practitioner. *JAMA* 1975; 232: 725-7.
72 L. Pilowski, G. O'Sullivan, Mental illness in doctors. Common and demands a coordinated response. *BMJ* 1989; 298: 269-70.
73 R. Smith, Dealing with sickness and incompetence: success and failure. *BMJ* 1989; 298: 1695-8.
74 G.D. Talbott, K.V. Gallegos, P.O. Wilson, T.L. Porter, The medical association of Georgia's impaired physicians program. Review of the first 1000 physicians: analysis of speciality. *JAMA* 1987; 257: 2927-30.
75 P. Lens, G. van der Wal, Een onderzoek naar dysfunctioneren van specialisten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 1127-31.
76 D. van Dierendonck, P.P. Groenewegen, H. Sixma, *Opgebrand: een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen*. Utrecht: Nivel; 1992.
77 H. Lamberts, P.M.H. Jansen, Defensief handelen door huisartsen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1984; 128: 598-602.
78 H.G.L.M. Grundmeijer, Defensief handelen: lastige klanten of lastige klachten? [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1994; 37: 458-60.
79 R. Grol, M. Whitfield, J. de Maeseneer, H. Mokkink, Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners. *Brit J Gen Pract* 1990; 40: 134-6.
80 H. van Maanen, Bakerpraatjes gaan er met de paplepel in. *Het Parool* 3-12-1994.
81 M.F. Kraushar, Recognizing and managing the litigious patient. *Surv Ophthalmol* 1993; 37: 54-6.
82 T.G. Gutheil, H. Bursztajn, A. Brodsky, Malpractice prevention through the sharing of uncertainty. *N Eng J Med* 1984; 311: 49-51.
83 S.K. Palmer, C.P. Gibbs, Risk management in obstetric anesthesia. *Int Anesthesiol Clin* 1989; 27: 188-99.
84 D.K. Roberts, Prevention: patient communication. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1988; 31: 153-61.
85 J. Hart, M.A. Weingarten, A procedure for handling complaints against general practitioners. *Family Practice* 1985; 3: 107-12.
86 F.J. Ritchey, Case management of patients perceived as suit-prone. *Ethics in Science & Medicine* 1980; 7: 37-48.
87 B.A. Meyer, A student teaching module: physician errors. *Family Medicine* 1989; 21: 299-300.
88 H.L. van Amerongen, J.P. Freriks, *Omgaan met fouten*. Rotterdam: Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Erasmus Universiteit, 1988.
89 C.A. Vincent, K. Gannon, M. Ennis, R.J. Audley, Medical accidents: research in the U.K. *International journal of risk & safety in medicine* 1990; 1: 207-18.
90 K. Gannon, Medical accidents: attitudes and opinions of doctors. *Int J Risk Safety Med* 1992; 3: 253-62.

3 Fouten in de huisartspraktijk: 1:

De fouten.

Eerder gepubliceerd als: M.H. Conradi, J. Schuling, H. Mulder, Fouten in de huisartspraktijk. 1. De fouten. *Huisarts Wet* 1988; 31: 222-7.

SAMENVATTING

In een exploratief onderzoek onder zeventien huisartsen is door middel van open interviews inzicht verkregen in aard en gevolgen van fouten van huisartsen. Zestien huisartsen vertelden fouten gemaakt te hebben. In totaal zijn tachtig eigen fouten verteld en 21 fouten van andere artsen. Veertien van de zeventien huisartsen vertelden fouten met dodelijke of invaliderende gevolgen gemaakt te hebben. Waarschijnlijk maken de meeste huisartsen fouten, maar het maken van fouten houdt niet in dat de betreffende huisarts voortdurend slecht functioneert; fouten hebben een incidenteel karakter. Onderscheid wordt gemaakt tussen medisch-technische fouten, waarbij de regels betreffende correct medisch handelen worden overschreden, en verkeerde beslissingen waarbij dit niet het geval is, maar de patiënt toch schade ondervindt. Daarnaast worden relationele fouten en zorgvuldigheidsfouten onderscheiden.

3.1 Inleiding

Waar geen woorden voor zijn, daar kan men ook niet over praten. Dat geldt in belangrijke mate voor het onderwerp van dit hoofdstuk. Huisartsen praten onderling weinig over fouten en er is ook weinig over bekend in de literatuur. Het lijkt of er onder artsen niet over fouten gepraat mag en kan worden.
Voor beide observaties zijn aanwijzingen te vinden: de meeste artsen zijn van mening dat fouten niet in de openbaarheid gebracht mogen worden, en er is geen hanteerbare terminologie voor dit soort gebeurtenissen.[1,2] Wel is er de laatste jaren in de media steeds meer aandacht voor fouten van artsen. Meestal gaat het dan om fouten die in ziekenhuizen zijn gemaakt: van fouten van huisartsen wordt nauwelijks melding gemaakt. In de wetenschappelijke literatuur is dat niet anders: de meestal uit de Verenigde Staten afkomstige artikelen gaan in het algemeen over fouten van specialisten. In Nederland zijn echter de laatste jaren ook enkele artikelen over fouten van huisartsen verschenen.
Tempelaar heeft onderzocht bij hoeveel overleden patiënten in zijn praktijk er (tevens) sprake was van iatrogene schade. Een deel van de iatrogene schade was veroorzaakt door fouten van hemzelf en van specialisten.[3]
Casuïstiek van fouten is te vinden in de twee delen *Valkuilen*[4,5] en een enkele maal in de rubrieken 'Praktijkperikelen' in *Medisch Contact* en 'Struikelblok' in *Huisarts en Wetenschap*. Lamberts en Janssens deden een onderzoek naar het vóórkomen van defensief handelen bij een aantal huisartsen. Van defensief handelen is sprake, wanneer de huisarts "vindt dat hij duidelijk anders handelt dan hij gewoon is te doen en dan naar zijn mening huisartsgeneeskundig de voorkeur zou verdienen, dit uit vrees voor verwijten of klachten van de patiënt of diens familie". Zij vonden dat 2 procent van alle aangeboden problemen door de huisarts defensief behandeld was.[6] De huisarts maakt eigenlijk in eigen ogen een fout, om in de ogen van de patiënt maar geen fout te maken.
Andere artikelen over fouten in de huisartspraktijk zijn beschouwend van aard. Freriks heeft in 1981 een aantal omschrijvingen van fouten gegeven. Op die manier kan volgens hem makkelijker over fouten gepraat worden. Hierdoor kan de betrokken arts een en ander beter verwerken, en kunnen de collegae er van leren.[7] Brouwer heeft in zijn afscheidsrede als hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Limburg grote waardering uitgesproken voor de auteurs van *Valkuilen*, en stelt dat er "alles aan moet worden gedaan om het menselijk falen en de nadelige effecten daarvan tot een minimum te reduceren".[8] Wijlen inspecteur van de eerstelijns gezondheidszorg Vrij heeft in 1987 eveneens opgeroepen tot meer openheid over fouten, opdat andere huisartsen daarvan kunnen leren.[9]
Bij de meeste auteurs komt impliciet of expliciet naar voren dat het moeilijk is om het begrip 'fout' te omschrijven. Juridische en formalistische omschrijvingen zijn er natuurlijk te over, maar omschrijvingen van wat (huis)artsen in de dagelijkse praktijk onder 'fout' verstaan zijn schaars. Uit onderzoek onder internisten en psychiaters in de Verenigde Staten is gebleken dat deze het woord fout niet hanteren. Gevraagd naar hun fouten moesten zij 'fout' eerst in gedachten vertalen. Het door hen gehanteerde concept 'fout' bleek vervolgens alleen betrekking te hebben op

het proces van zorgverlening: als daarin niet volgens de regelen der kunst was gehandeld, was dit een fout. Het resultaat van dat handelen voor de patiënt hield hier geen enkel verband mee. Deze begripshantering komt in extreme mate tot uiting in de bekende frase 'operatie geslaagd, patiënt overleden'.[2]
Welke (impliciete) concepten huisartsen hanteren, wat zij fout vinden is niet bekend. In de literatuur komen twee punten steeds aan de orde: aan de ene kant een oproep om in het kader van de kwaliteitsverbetering van de huisartsgeneeskundige zorg meer openheid te betrachten over fouten, zodat men van elkaars fouten kan leren; aan de andere kant onduidelijkheid over wat onder 'fout' verstaan moet worden.
Dat huisartsen net als iedereen fouten maken, wordt door niemand betwijfeld. Dat elke huisarts fouten maakt en 'zijn eigen kerkhofje heeft', wordt in de populaire media en ook in de wetenschappelijke literatuur voetstoots aangenomen. Een empirische onderbouwing hiervan ontbreekt echter. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat alleen slechte huisartsen fouten maken.
Al met al was er aanleiding voor een exploratief onderzoek naar fouten van huisartsen. In dit hoofdstuk staan twee vragen centraal:

- Wat vinden huisartsen een medische fout?
- Welke fouten maken huisartsen?

Dit hoofdstuk handelt derhalve voornamelijk over de fouten. Het volgende hoofdstuk gaat over de verwerking van een fout door de huisarts en over wat er verder na een fout gebeurt.

3.2 Methode

Omdat er weinig bekend is over fouten van huisartsen, hebben wij gekozen voor een exploratief, inventariserend onderzoek. Hierdoor was het niet noodzakelijk een representatieve steekproef van huisartsen te benaderen. Omdat voorts te vrezen viel dat weinig huisartsen bereid zouden zijn over dit heikele onderwerp te praten, hebben wij om te beginnen contact gezocht met groep van dertien huisartsen - de meesten op de een of andere wijze verbonden aan een huisartseninstituut - van wie wij verwachtten dat zij zouden willen meewerken. Met elf van hen is het tot een gesprek gekomen. Omdat deze respons zo hoog was, is daarna toch een groep van elf huisartsen benaderd die at random geselecteerd was. Zes van hen waren bereid tot een gesprek. Van de 24 benaderde huisartsen bleven uiteindelijk dus zeventien over. Dit was een wat sexe, leeftijd, ervaring en praktijkvorm betreft zeer heterogene groep. Het gemeenschappelijke kenmerk was de bereidheid over eigen fouten te praten. Dit zal waarschijnlijk voor een vertekening gezorgd hebben, in die zin dat apert slechte huisartsen niet meegedaan zullen hebben.
Met de zeventien huisartsen is een gesprek gevoerd, dat de vorm van een open interview had. De gemiddelde duur van de gesprekken was anderhalf uur. Leidraad voor de gesprekken waren de volgende twee vragen:

- Wat is volgens u een medische fout?
- Heeft u zelf weleens een fout gemaakt? Zo ja, wilt U daarover vertellen?

In het vervolg van de gesprekken kwamen nog andere onderwerpen aan de orde. Deze worden in het volgende hoofdstuk behandeld.
Met nadruk moet gezegd worden dat gedurend de interviews geheel aan de huisarts werd overgelaten te bepalen wat fout is. De opzet was om zoveel mogelijke concrete fouten, en het gedrag van huisartsen naar aanleiding van die fouten, te verzamelen. De gesprekken zijn op audioband opgenomen en letterlijk uitgewerkt. Dit leverde 500 bladzijden gesproken woord op. Hierop is een eenvoudige inhoudsanalyse uitgevoerd. In dit hoofdstuk zijn alle citaten uit deze gesprekken tussen aanhalingstekens geplaatst.

3.3 Resultaten

'Wat is volgens u een medische fout?'
De openingsvraag leverde zeer uiteenlopende antwoorden op. Het eerste dat bij veel artsen opkwam was het overlijden van de patiënt: “De echte fouten zijn de fouten met desastreuze gevolgen. Dus iemand die doodgaat”. Vervolgens werd meestal andere somatische en een enkele keer psychische schade voor de patiënt genoemd. Veel huisartsen voegden daaraan toe dat gebeurtenissen waarbij iets misgaat zonder dat daar schade voor de patiënt uit voortvloeit, voor hun gevoel geen fouten zijn: “Ik acht het nauwelijks

een fout als je een foute beslissing neemt, bij een verkoudheid of zoiets onbenulligs, waarvan de consequenties ook minimaal zijn”.
Bij het vertellen van de voorbeelden van eigen fouten werd de eerste omschrijving van wat fout is vaak genuanceerd. Er werd meestal aan toegevoegd dat het pas echt fout is als de schade ontstaat doordat er niet volgens de regelen der kunst is gehandeld: “als er iets gebeurt, wat voor de patiënt kwalijke gevolgen heeft, en wat je op de een of andere manier eigenlijk wel had kunnen weten, uit hoofde van je opleiding en ervaring”. Oudere en meer ervaren artsen noemden daarnaast ook nog fouten in de relationele sfeer: “Je wilt toch een goede relatie met je patiënten onderhouden. En als die door een opmerking van mij verstoord is, dan is er toch iets fout geweest.”
De ergste fouten zijn volgens de huisartsen die waarin met onvoldoende zorg gewerkt is – “Dat is de meest verwijtbare fout vind ik, gebrek aan zorg” – of waarbij er: “met een slechte intentie gewerkt wordt”.
Indien de intentie goed is, er voldoende zorgvuldig gewerkt wordt, de interactie met de patiënt naar beider tevredenheid verloopt, en er gehandeld wordt volgens de regelen der kunst, maar de diagnose, therapie of prognose achteraf toch verkeerd blijkt, zijn de meeste artsen van mening dat er eigenlijk geen sprake is van een fout: “Kijk je maakt natuurlijk ook beoordelingsfouten. Logisch. Je weegt af, en als het dus inderdaad echt in afweging gebeurt, och daar heb ik nou niet zo erg veel problemen mee. Want dat gebeurt natuurlijk toch vrij veel.” Enkele huisartsen signaleerden een verschil in opvattingen over wat fout is, tussen hen en de patiënten. De eigen opvatting hierover is meestal doorslaggevend: “Als ik naar mijn gevoel consciëntieus en schematisch gewerkt heb in een consult, maar de patiënt gaat toch om een of andere reden ontevreden weg, dan vind ik dat niet fout van mij. Dan kan de patiënt dat wel fout vinden, maar dan vind ik dat niet fout.”

’Heeft u zelf weleens een fout gemaakt?’
De tweede vraag is door zestien huisartsen bevestigend beantwoord. Eén huisarts wist geen voorbeeld van een eigen fout. In totaal zijn 101 fouten verteld: tachtig die men zelf had gemaakt, en 21 die men bij collega (huis)artsen had opgemerkt. Hieronder wordt alleen op de eigen fouten ingegaan.
De gevolgen van de fouten voor de patiënten liepen zeer uiteen. In sommige gevallen overleed de patiënt, in andere gevallen had de patiënt niets gemerkt van de fout, en was hij enkel dankbaar dat de arts zo vaak langs was gekomen (om de fout te herstellen). Deze kleine fouten (zonder gevolgen voor de patiënt) zijn niet veel genoemd; men herinnerd ze zich blijkbaar niet lang. Een paar huisartsen noemden kleine fouten die zeer recent gebeurd waren. Een arts had bijvoorbeeld medicijnen verwisseld; in plaats van Insidon® had hij Incidal® voorgeschreven. Een ander vergat weleens herhalingsrecepten klaar te leggen. En een derde had kort daarvoor een injectie in een elleboogewricht op een verkeerde wijze toegediend; de patiënt had daardoor enige uren een verlamde arm.
Deze fouten vond men niet zo belangrijk: “Kijk, als iets geen consequenties heeft, dan kun je jezelf een keer een schop geven en een keer een boek na gaan lezen, maar dan is het natuurlijk in wezen niet zo gigantisch interessant, dan hou je er verder geen complex aan over”.
Fouten waardoor de patiënt wel blijvende schade had ondervonden, herinnerde men zich veel langer. Sommige van deze fouten waren minstens twintig jaar geleden gebeurd. Bij deze fouten kwam naar voren dat een causale relatie tussen een fout en het verslechteren of overlijden van de patiënt in de meeste gevallen zeer moeilijk is vast te stellen. Het is achteraf bijna nooit met zekerheid te zeggen hoe de gezondheid van de patiënt zou zijn geweest, als de fout niet gemaakt was. Dit kan bijvoorbeeld bij het missen van een diagnose het geval zijn. In dit onderzoek werden als gemiste diagnose vooral infarcten (zeven maal) en carcinomen (veertien maal) verteld. Casus 1 is zeer karakteristiek. Hierbij kan niet met zekerheid gezegd worden dat de patiënte niet zou zijn overleden als de huisarts het knobbeltje twee maanden eerder wel zou hebben gevoeld.
Een aantal artsen vraagt zich bij het vertellen van een fout af of dit nu eigenlijk wel fout was: waarschijnlijk zouden collegae in dezelfde situatie hetzelfde hebben gedaan. Bij casus 2 is dit heel duidelijk. Bijna elke huisarts zou bij dit patiëntje in deze situatie hetzelfde gedaan hebben. Anders is dat bij casus 3; een andere huisarts zou de ernst van de situatie waarschijnlijk wel hebben herkend. Het lijkt erop dat deze huisarts

verstrikt is geraakt in (voor)oordelen en moeite had nog objectief waar te nemen. De kans hierop lijkt groter bij een al enigszins verstoorde arts-patiëntrelatie of bij een langdurige ziektegeschiedenis. Er is verder een bepaald type patiënt dat, zoals iedere huisarts weet, een extra risico loopt om de dupe van dit soort fouten te worden: de 'klager'. De 'klager' komt regelmatig op het spreekuur, en de arts kan nooit een lichamelijke oorzaak van de klachten vinden. Bij deze patiënten is het vanuit een oogpunt van preventie van somatische fixatie ongewenst dezelfde klacht steeds opnieuw geheel uit te (laten) zoeken; daarom moet de huisarts vaak op zijn klinische blik afgaan. En deze faalt weleens. Casus 4 verhaalt hier over.

In de casus 1 en 3 zijn de huisartsen waarschijnlijk afgeweken van wat onder collegae gebruikelijk is. In casus 2 en waarschijnlijk ook bij casus 4 is dit niet het geval. Achteraf blijkt pas dat de diagnose niet juist was. Op het moment dat deze verkeerde diagnose werd gesteld, zouden andere huisartsen bij deze patiënten in deze situatie waarschijnlijk hetzelfde hebben gedaan. Achteraf gezien is er dus een verkeerde beoordeling gemaakt. Opvallend was dat de jongere huisartsen meestal alleen dit soort fouten noemden, fouten waardoor de patiënt somatische schade had opgelopen. De meer ervaren huisartsen noemden daarnaast ook fouten waarbij de relatie tussen arts en patiënt verstoord raakte. Casus 5 is hier een goed voorbeeld van. Vooral de ervaren artsen beschouwden dit soort voorvallen als fout en trokken zich zo'n fout ook erg aan. Als verklaring werd hierbij een paar keer gesteld, dat iedere huisarts weleens een keer een diagnose mist of een verkeerde beslissing neemt, en dat dit ook onvermijdelijk is en inherent aan het vak. Fouten die worden gemaakt binnen de arts-patiëntrelatie zijn echter fouten in het persoonlijk functioneren van de arts.

De ergste fouten die de huisartsen zich voor konden stellen, waren fouten die te maken hadden met de intentie en de zorgvuldigheid waarmee het vak wordt uitgeoefend. Hierin systematisch tekort schieten werd het ergste gevonden: het meest fout, het meest verwijtbaar. Voorbeelden die hierbij werden genoemd, zijn: een herhaald verzoek voor een visite niet honoreren, en het niet bijhouden van de literatuur, zodat patiënten niet de behandeling krijgen die tegenwoordig mogelijk is. De genoemde voorbeelden betroffen echter altijd fouten van anderen; de zeventien huisartsen zouden dit soort fouten zelf niet hebben gemaakt.

Niettemin vertelden sommige huisartsen over voorvallen waarbij zij zelf onzorgvuldig hadden gehandeld. Dergelijke fouten deden zich vooral voor onder ongewone omstandigheden, bijvoorbeeld als een patiënt buiten de dienst om of 'even tussendoor' de arts consulteerde. Van dit laatste is casus 6 een voorbeeld.

Veertien van de zeventien huisartsen vertelden fouten te hebben gemaakt die waarschijnlijk hebben bijgedragen tot de dood van de patiënt dan wel tot ernstige somatische of psychische schade:

- geheel ten gevolge van fouten overleden tenminste vier patiënten en werden twee anderen ernstig invalide;
- gedeeltelijk ten gevolge van de fouten, bijvoorbeeld bij een delay waardoor de kansen van de patiënt verminderden, overleden tenminste elf patiënten, en leden twee patiënten ernstige somatische of psychische schade.

Drie huisartsen melden geen fouten waardoor een patiënt was overleden of ernstige psychische of somatische schade had ondervonden.

3.4 Beschouwing

Hoeveel fouten huisartsen maken en wat de gevolgen daarvan aan sterfte en ernstige invaliditeit zijn, kan op grond van dit onderzoek niet worden gezegd. Het betrof immers door de huisartsen zelf gerapporteerd gedrag. Het vermoeden dat elke huisarts fouten maakt, en niet alleen de slechte, lijkt echter te worden bevestigd. Het merendeel van de ondervraagde groep had fouten met ernstige gevolgen gemaakt, en het lijkt aannemelijk dat deze huisartsen niet slechter functioneren dan de gemiddelde huisarts. Negen van hen zijn of waren als huisartsopleider of begeleider verbonden aan een huisartseninstituut, en worden dus geregeld gevisiteerd. Het (incidenteel) maken van een ernstige fout betekent dus niet per definitie dat de betreffende huisarts voortdurend slecht functioneert.

Een belangrijk kenmerk van een fout is dat deze gesignaleerd moet worden: iemand moet een bepaalde gebeurtenis zo betitelen. Degenen die dit kunnen

doen zijn in eerste instantie de meest betrokkenen: de huisarts en de patiënt (of, als die overleden is, de nabestaanden).
Een analyse van wat de zeventien huisartsen onder het begrip 'fout' verstaan, maakt het mogelijk twee hoofdcategorieën te onderscheiden:
Medisch-technische fouten. Hierbij is het handelen van de huisarts in strijd met de norm die door de beroepsgroep wordt gesteld als maatstaf voor goed medisch-technisch handelen. Onder medisch-technisch handelen moet worden verstaan: dat deel van het huisartsgeneeskundig handelen dat bewust wordt uitgevoerd met de intentie een verandering in de lichamelijke en/of geestelijke toestand van de patiënt te verwezenlijken, danwel deze toestand vast te stellen. Casus 3 is daar een duidelijk voorbeeld van. Ook het defensief handelen zoals dat door Lamberts en Janssens is omschreven, kan tot deze categorie worden gerekend. Opvallend is overigens dat er bij geen van de vertelde fouten sprake was van defensief handelen. Een enkele huisarts waarschuwde hoogstens voor overbehandeling. Voorbeelden hiervan zijn niet verteld. Waarschijnlijk wordt dit toch niet als een ernstige fout ervaren.
Verkeerde beoordelingen. Deze blijken pas als het resultaat van de behandeling, of de uiteindelijke diagnose bekend is. Er zijn hierbij echter geen regels betreffende professioneel medisch handelen overtreden. De huisarts heeft volgens de regelen der kunst gehandeld. Iedere andere huisarts zou bij dezelfde patiënt, in dezelfde situatie hetzelfde gedaan hebben. Casus 2 is hier een voorbeeld van, casus 4 waarschijnlijk ook.
Daarnaast zijn er twee minder duidelijk te onderscheiden soorten fouten:
Relationele fouten. Hierbij wordt de relatie tussen de huisarts en de patiënt verstoord. Deze verstoring komt niet door het medisch-technisch handelen van de arts, maar door zijn gedrag als mens: hij schiet te kort in normale menselijke beleefdheid, omgangsvormen, belangstelling of zorgzaamheid. Casus 5 is hier een voorbeeld van. Het zal duidelijk zijn, dat de omschrijving van deze categorie voornamelijk subjectief is, en afhankelijk van de gevoeligheid van de huisarts. En van zijn ervaring, zoals we zagen. Er zijn huisartsen die de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie geheel bij zichzelf leggen; hierdoor is iedere verstoring daarvan in hun ogen een relationele fout.
Zorgvuldigheidsfouten. Deze hebben betrekking op de zorgvuldigheid en de intentie waarmee de huisarts het werk doet. Casus 6 is een voorbeeld van minder zorgvuldig handelen.
Overigens kan de ene fout de andere uitlokken. Als er bijvoorbeeld relationele fouten zijn gemaakt, kan dit tot gevolg hebben dat de huisarts ook minder zorgvuldig handelt.

In de eigen omschrijving van fouten staat voor de meeste artsen somatische schade voor de patiënt centraal. Dit is dus een resultaat van de zorgverlening. Er wordt bij het vertellen van de fouten wel genuanceerd en gerefereerd aan de regelen der kunst die misschien wel of niet zijn overtreden, maar anders dan bij internisten en psychiaters - die alleen het proces van medisch handelen evalueren - evalueren huisartsen ook het resultaat daarvan, en betrekken zij dat in meer of mindere mate in hun definiëring en beleving van fouten.[2] Het lijkt niet gewaagd te veronderstellen dat dit in overeenstemming is met het belang en de mening van de patiënten. Patiënten zullen het resultaat van het handelen eveneens het belangrijkst vinden. Sommige - vooral oudere - huisartsen vonden echter psychische schade minstens zo belangrijk. Huns inziens zijn fouten met somatische schade voor de patiënt inherent aan het vak en dus onvermijdelijk. Jongere huisartsen hebben deze houding nog niet geïncorporeerd.

In dit onderzoek is afgegaan op wat huisartsen zelf wilden vertellen. Hierdoor zullen ongetwijfeld aspecten niet aan bod zijn gekomen. Niettemin lijkt ons bovenstaande categorisering praktisch bruikbaar. Met een dergelijke indeling wordt het misschien makkelijker onderling over fouten te spreken, waardoor men ook van elkaars fouten kan leren. Het uitbannen van incidenteel slechte zorg en het voorkómen van fouten is waarschijnlijk een effectievere en efficiëntere manier om de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg te verhogen dan het nog verder verbeteren van alle goede aspecten van de huisartsgeneeskundige zorg.

3.5 Literatuur

1 Tijssen I.M.J.G., L.H. Boersma, J. Persoon, De medische professie: een heterogene beroepsgroep. Enige structurele en culturele kenmerken. *Gezondheid & Samenleving* 1985; 1: 4-12.

2 Stelling J., R. Bucher, Vocabularies of realism in professional socialization. *Soc Sc Med* 1973; 7: 661-75.

3 Tempelaar A.F.. Sterfte en iatrogene schade. *Huisarts Wet* 1986; 29: 34-7.

4 Anoniem. *Valkuilen in de huisartsenpraktijk.* Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1978.

5 Anoniem. *Valkuilen in de huisartsenpraktijk 2.* Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

6 Lamberts H., P.M.H. Janssens, Defensief handelen door huisartsen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1984; 128: 598-602.

7 Freriks J.P., Omgaan met fouten. *Huisarts Wet* 1981; 24: 20-2.

8 Brouwer W., *Vallen en opstaan.* Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.

9 Vrij A., Het huisbezoek revisited. *Med Contact* 1987; 11: 337-8.

Casus 1

"Dat was heel naar, dat was een vijftigjarige vrouw, die bij de fysiotherapie was en zij klaagde over een klein knobbeltje in de borst. Ik heb gekeken en gevoeld en ik vond niks. Twee maanden later klaagde zij weer over een knobbeltje in de borst en toen vond ik wel wat. Toen had ik inderdaad een delay op m'n brood van twee maanden. Dat is een aperte fout. En die vrouw is dan ook na een zeer dramatisch ziekbed, een amputatie, een collega die zich ermee ging bemoeien, cytostatica, operaties en hormonale therapieën, overleden. Gelukkig heb ik die zaak altijd goed open kunnen houden. Ik heb ook precies gezegd dat het aannemelijk is dat het er twee maanden eerder ongetwijfeld gezeten moet hebben. Dus mijn fout."

Casus 2

"Een medische fout of eigenlijk inschattingsfout. Kind met mazelen, dacht ik. Komt namelijk, daar was een mazelenepidemietje. Word 's middags om vier uur nog bij dat kind geroepen. Waren aardige mensen, een jong kind van twee jaar, koorts, hoge koorts. Ik kijk het kind na, kon eigenlijk niks vinden dan rooie oogjes en wat vlekjes in de keel, dacht ik. Ook dikke wangen. Dus ik zeg tegen die moeder: 'Ik denk dat het mazelen wordt, kijk het even aan tot morgen, en als je kind vlekjes krijgt, bel me dan even'. 's Avonds belt ze me op en zegt: 'Ja hij krijgt nu dus vlekjes, maar is nog goed ziek'. Ik zeg: 'Nou, dat zal wel afzakken'. 's Morgens tegen een uur of zes word ik gebeld, een helemaal oversture moeder, gillend voor de telefoon: 'Direct komen, hij is dood!'. Dus ik daar spoorslags heen. Ja hoor, kind overleden en ik zag het zo; een Waterhouse-Friedrichsen. Toevalligerwijze heb ik tijdens mijn studententijd op de P.A. gezeten en dat een paar keer gezien, dus ik herkende het beeld in één keer. Je kunt er ook weinig aan doen, ja misschien hele hoge doses prednisolon geven. Maar daar sta je wel even te kijken hoor. Ja, wat had je moeten doen, had je er 's avonds toch weer heen moeten gaan? Dan zag je toch weer die vlekjes."

Casus 3

"Dat gaat om een mevrouw waar ik de nodige moeite mee had. Er was ook al eens wat voorgevallen in het verleden, toen was ze buiten mij om naar de specialist gegaan. Terwijl ik een heel beleid had uitgestippeld met haar. Was ze me ontglipt naar de specialist en mijn hele beleid lag in het water. Nou wordt die vrouw twee jaar later weer ziek, buikpijn, braken en ik word er bij geroepen. Ik constateer bij haar een gastro-enteritis. Het was een vrouw met wat theatraal gedrag. Ik heb haar geïnstrueerd dat ze op dieet moest, ik heb voorgesteld wilt u opgenomen worden, dat wou ze beslist niet. Ik gaf haar medicijnen en ben er de volgende dag weer heengegaan. Toen was de toestand eigenlijk erger geworden, ze lag te krimpen van de pijn en ze zag er slecht uit. Beneden zaten de kinderen, om met mij te praten over het beleid. Die zeiden: 'Ja dokter moet je nou eens horen, moeder houdt zich helemaal niet aan het dieet, moet u nou eens kijken wat er in de ijskast staat, daar klopt niks van'. Dus we waren allemaal verontwaardigd over het optreden van hun moeder, die ook nu de zaak weer leek te flessen. Wat een irritatie en spanning gaf en daardoor mijn beoordelingsvermogen vertroebelde. Toen brak de vrijdag aan en toen kwam ik daar en ik zei: 'Nou, het gaat niet zo goed, maar ik wil maandag terugkomen en ik wou toch maar met deze behandeling doorgaan'. Ik was er niet helemaal gelukkig mee en er was een gespannen sfeer, die vrouw zei weinig en beneden beschuldigden de kinderen haar. Niet een gezonde atmosfeer was daar, niet zoals dat therapeutisch moet zijn. Zaterdag had ze nog meer last en de weekend-arts werd geroepen. Die zei: 'Maar die vrouw moet opgenomen worden, die is totaal uitgedroogd'. De vrouw werd opgenomen, in de loop van de zondag ontstond er anurie en maandagavond overleed ze in het ziekenhuis. Ik denk: dit is fout, helemaal niet goed gezien. Ik had mij laten troubleren door mijn vooroordeel, mijn emotionele irritatie ten opzichte van die vrouw. Dus ik denk: wat moet ik nou doen, ik heb het fout gedaan, fout aangepakt, ik heb het niet gezien en ik heb er ook niet voldoende bovengestaan. Ik ben in de drabbigheid van die emotionele spanningen gedoken en ik ben daar niet vrij van gebleven".

Casus 4

"Een man, die bekend stond als een zeurpiet, die altijd wat had, altijd in de ziektewet liep en die altijd rugklachten had. Op een gegeven moment had ie weer rugklachten, vrij oppervlakkige, maar goed; aspirientjes gegeven of zo. Na drie maanden nog rugklachten, foto's laten maken. Toen bleek het een wervelmetastase van een of ander gezwel te zijn, dus toen had ie inderdaad een wervelmetastase. Terwijl die al jaren rugklachten had. Nou ja goed, daarvan zeg ik: ja daar ben ik ingetrapt, maar daar zou iedereen intrappen. Iemand die altijd rugpijn heeft en altijd maar zeurt over van alles, nou, daar trap je vroeg of laat in als ie wel wat heeft. En dan zegt de familie: 'Nou, zie je wel, vader had het al jaren in de rug, dat had u eerder moeten zien'. Terwijl dat waarschijnlijk een proces van een half jaar geweest is."

Casus 5

"Een fout in de relationele sfeer. Een hele aardige patiënte, een verschrikkelijk aardig mens. Die kreeg een mamma-operatie. Ze had al eens een reconstructie gehad en die was indertijd mislukt. Ze was dus weer opgenomen geweest en nu was ze weer terug. En dat was uit mijn administratie geglipt. Toen ik haar weer een keer zag voor iets anders, zei ze bij het weggaan: 'Toch vind ik het vervelend dat u niet bij mij geweest bent in het ziekenhuis'. [....] Zo iemand, die met zoiets geweldig psychisch belast wordt, als je die in de steek laat, want dat was het eigenlijk een beetje, dat vind ik verschrikkelijk rot."

Casus 6

"D'r was een oude man met een rood oog en die bleek een glaucoom te hebben. Dat oog dat is die man uiteindelijk ook kwijtgeraakt, tenminste, niet het oog kwijtgeraakt maar wel het gebruik van z'n oog. Waar zat hem de fout: deze man komt hier bij ons eens in de drie weken voor een injectie. En dan komt ie tussendoor tijdens het spreekuur. En wat zei die man zo nu en dan: 'Ik heb ook last van m'n oog dokter'. Omdat ie altijd op een heel ongelukkig moment kwam, altijd om tien uur, dan zit hier altijd de boel vol, en hij nooit voor zichzelf een eigen afspraak maakte, keek ik dan eventjes zoef, vlot bij het oog. Ik zei: 'Ja, het is een rood oog, er komt wat rommel uit'. Ik heb wat druppeltjes voorgeschreven, en weg was meneer weer. Doordat ik op zo'n manier steeds op die man reageerde, kwam ik nooit tot een diagnose. Daardoor verliest die oude man wel degelijk het gebruik van het oog."

4 Fouten in de huisartspraktijk 2:

Na de fout

Eerder gepubliceerd als: Conradi M.H., H. Mulder, J. Schuling, Fouten in de huisartspraktijk 2. Na de fout. *Huisarts Wet* 1988; 31(9): 288-92, 307.

Samenvatting

Zeventien huisartsen werden in een open interview ondervraagd over fouten in hun beroepsuitoefening. Bijna alle zeventien zeiden in het begin van het interview dat ze moeite hadden om zich hun fouten te herinneren. Vaak werd de fout geweten aan de omstandigheden, de patiënt of de familie; vaak ook werd de fout min of meer gebagatelliseerd. Als de patiënt of diens naasten wisten dat er een fout was gemaakt, ging de huisarts met hen praten. Wisten zij het niet, dan volgde meestal ook geen gesprek. Praten over fouten met andere huisartsen gebeurt vrijwel alleen als degene die de fout heeft gemaakt, het initiatief neemt. Slechts in één van de tachtig gevallen had een fout geleid tot een klacht bij een Medisch Tuchtcollege.

4.1 Inleiding

Bijna iedere huisarts maakt in zijn praktijkjaren enkele ernstige fouten. Uit het vorige hoofdstuk bleek dat zestien (van de zeventien) ondervraagde huisartsen samen tachtig fouten hadden gemaakt.[1] Iedere huisarts zal zo'n fout op de een of andere manier moeten verwerken, want schuld- en insufficiëntiegevoelens staan een goede beroepsuitoefening in de weg. Na de fout zal hij bovendien meestal een gesprek met de patiënt of diens naasten voeren. In veel gevallen zal dat voor de huisarts een zware gang zijn. Een van de problemen hierbij kan zijn dat de huisarts en de patiënt van mening verschillen over wat 'fout' is. Conflicten en uiteindelijk tuchtzaken kunnen hier makkelijk uit voortvloeien.
Huisartsen kunnen ook met elkaar over fouten spreken, als een vorm van onderlinge toetsing en kwaliteitsbewaking. Overigens gebeurt dit laatste waarschijnlijk nauwelijks.[2] Uit een recente uitspraak van het Medisch Tuchtcollege blijkt bijvoorbeeld dat een apert slechte of onbekwame huisarts erg lang getolereerd kan worden door de collegae.[3]
Overtredingen van formele regels, normen en wetten komen ten slotte in aanmerking voor behandeling door een formele instantie, mits er een klacht is ingediend door een belanghebbende. De aangewezen instanties voor een dergelijke klacht zijn de Medische Tuchtcolleges, de Inspectie voor de Volksgezondheid en de Districtsraden van de KNMG. (inmiddels zijn de Districtsraden opgeheven (MC, 1995).)

Hoe groot de kans is dat een fout tot een klacht leidt, is niet bekend. Wel is bekend dat artsen het Tuchtcollege als 'een zwaard van Damocles' ervaren. Een zwaard dat weliswaar zelden valt maar voortdurend dreigt.[4] In 1984 bedroeg het aantal ingediende klachten tegen huisartsen bij het Tuchtcollege 112; daarvan leidden er 25 tot een maatregel tegen de betref-fende arts.[5]
De vraagstelling in dit hoofdstuk luidt:
- Hoe gaan huisartsen achteraf om met hun fouten?
- Praten huisartsen met de patiënt of de nabestaanden na een fout? En zo ja, wanneer gebeurt dat en op welke wijze?
- Praten huisartsen onderling over hun fouten? En zo ja, met wie en op welke wijze en wanneer gebeurt dat?
- In welke gevallen heeft een fout van een huisarts geleid tot een klacht bij een formele instantie?

4.2 Methode

In een onderzoek onder internisten-in-opleiding bleek dat alle respondenten bij het vertellen over hun fouten teruggrepen op een beperkt aantal identieke verdedigingsmechanismen, die zij volgens de onderzoekers al in hun medische opleiding moeten hebben verworven:

- ontkenning van het begrip 'fout', vergeten of verdringen van gemaakte fouten, ontkennen dat er in een bepaalde situatie een fout is gemaakt;
- projectie: de fout wordt geweten aan het 'systeem', de superieur, de ziekte of de patiënt;
- distancing mechanisms: door te referen aan een aantal gemeenschappelijke opvattingen over fouten, wordt de schuld min of meer gedeeld met de beroepsgenoten; dit zijn opvattingen als: 'iedereen maakt fouten', 'het was niet te voorkomen' en 'ik deed mijn uiterste best'.[6]

Nagegaan is in hoeverre deze vormen van afweer ook zijn gehanteerd door de ondervraagde huisartsen bij het vertellen van hun fouten. Daarnaast werden de zeventien geïnterviewde huisartsen nog de volgende vragen gesteld:

- Vindt u dat fouten met de patiënt (of met de nabestaanden) besproken moeten worden? Vervolgens is bij de meeste voorbeelden van fouten gevraagd of de huisarts na de fout inderdaad met de patiënt of zijn naasten heeft gesproken, en hoe dat verliep.
- Praat u met collegae over elkaars fouten, en zo ja, wanneer en op welke manier?
- Is er ooit een klacht tegen u ingediend bij een officiële instantie als het Medisch Tuchtcollege?

4.3 Resultaten

4.3.1 Verdedigingsmechanismen

Ontkenning. Bijna alle artsen zeiden in het begin van het interview dat ze moeite hadden om zich hun fouten te herinneren: "Een voorbeeld vinden, ik kan niet zo gauw iets vinden, dat is natuurlijk ook symptomatisch." Sommige huisartsen vinden bovendien dat er in de huisartsgeneeskunde eigenlijk niet over fout gesproken worden, omdat er 'vele wegen naar Rome leiden'; er zijn vaak verschillende manieren om 'goed' te handelen. En soms vindt de arts tijdens het vertellen van een fout dat het eigenlijk toch niet fout was (casus 7).

Projectie. Casus 8 is een geval waarin de schuld wordt gegeven aan het systeem: het is te druk, of de spreekuren zijn te vol, of er is een slechte communicatie. Ook krijgt de patiënt vaak de schuld (eveneens casus 8), zij het meestal gedeeltelijk en tamelijk impliciet (casus 9).

Een mechanisme dat de internisten-in-opleiding niet gebruikten, maar huisartsen wel, is: de schuld aan de familie geven. Huisartsen hebben meer met de familie te maken dan specialisten, zeker bij een huisbezoek. De informatie die de familie de arts geeft, kan soms leiden tot misverstanden en fouten. De arts kan de schuld dan (gedeeltelijk) op de familie afschuiven (casus 10). Bij veel fouten worden de patiënten of het gezin negatief gekarakteriseerd. Ze zijn bijvoorbeeld 'raar', 'dom' of 'alcoholist'. Of deze patiënten echt zo zijn, is niet belangrijk. Waarschijnlijk vermindert de arts door deze typering zijn schuldgevoel: door zijn afwijkend gedrag wordt de patiënt bij voorbaat wat schuldig. Aangezien huisartsen geen superieuren hebben, kunnen deze niet de schuld van de fouten krijgen. Wel kunnen specialisten de schuld krijgen (casus 11). Ook de ziekte krijgt zo nu en dan de schuld: ze is verraderlijk en moeilijk te diagnostiseren (casus 12).

Distancing mechanisms worden veelvuldig gebruikt. De huisarts neemt afstand tot de fout en vermindert zijn schuldgevoel door te referen aan een aantal opvattingen die in de beroepsgroep leven ten aanzien van fouten en mogelijkheden van het vak.

@Hier kader@

Distancing mechanisms

- *Iedereen maakt fouten*: 'Daar ontkomt niemand aan, de meest briljante figuur ziet dingen over het hoofd.'
- *Er was toch niks aan te doen*: 'Nou daar had je niks aan kunnen doen want dat bleek achteraf een hele boosaardige tumor op een verkeerde plek te zijn. Dus dat had nooit geopereerd kunnen worden en de dood had ze dus al in de schoenen.'
- *Het hoort bij het vak*: 'Ik heb wel vaker diagnoses gemist denk ik, vele. Je probeert het, je moet iets inschatten, je hebt bepaalde gegevens, en daar neem je dus de meest waarschijnlijke van. En de tweede en derde die hou je dus in gedachten. Nou dan kan het best

zijn dat het een vierde is. Meestal heb je nog tijd genoeg om dat nog weer te corrigeren. Soms niet.’

- *Ik heb mijn best gedaan*: ’Ik denk dat, in de gegeven omstandigheden, ik gedaan heb wat ik doen kon, dus ik voel me daar ook helemaal niet schuldig meer over ofzo.’
- *Iedereen zou deze fout gemaakt hebben*: ’Daarvan zeg ik: ja daar ben ik ingetrapt. Maar daar zou iedereen intrappen. Iemand die altijd rugpijn heeft en altijd maar zeurt over van alles, nou, daar trap je vroeg of laat in, als ie wel wat heeft.’ (Casus 4 in het vorige hoofdstuk).
- *Geneeskunde kan niet zo veel*: ’Ik weet niet of ik nou echt bijdraag aan een welbevinden, gezondheid en een langer leven van mensen. Ik denk dat ik daar toch wel iets cynischer in ben geworden. Terwijl als je begint alles wat je doet heel belangrijk is, en dan is het ook veel erger als je een keer wat mis doet.’

@einde kader@

4.3.2 Afhandeling
In onze samenleving zijn openheid en eerlijkheid belangrijke waarden. Dit blijkt voor de zeventien huisartsen ook te gelden; allen zeggen desgevraagd dat zij het in principe wenselijk vinden dat een huisarts zijn fouten met de patiënt of de nabestaanden bespreekt. Er zijn echter nogal wat redenen om dat toch niet te doen.
Casus 13 is een voorbeeld van het afhandelen van een fout. Als de patiënt en/of familie weet dat er een fout is gemaakt door de arts, verkeert de arts hierdoor in een zwakke positie; in casus 14 maakt de familie hier gebruik van. Het bespreken van een fout heeft niet altijd tot gevolg dat de relatie wordt hersteld; een fout kan ook worden aangegrepen om van huisarts te veranderen. Dit is waarschijnlijk het geval geweest in casus 11. Een enkele maal is het vanwege de emoties van de patiënt of zijn naasten niet mogelijk het gebeurde te bespreken (casus 15).
De redenen die deze artsen geven om de fouten te bespreken variëren nogal: de een vindt het verstandig en “zou ook niet weten waarom je het niet zou doen”, bij anderen spelen pragmatische motieven een rol. Het voorkómen van een officiële klacht en bezorgdheid over verstoring van de arts-patiëntrelatie zijn de belangrijkste overwegingen: “Het is toch het allerslimste om, als je zelf iets signaleert, onmiddellijk met die mensen contact op te nemen, en dan ruiterlijk bekennen wat er aan de hand is. Want anders kon je nog wel eens heel gauw voor de Tuchtraad moeten verschijnen”. De artsen die gewoon zijn op een eerlijke manier hun fouten, eigen functioneren en gevoelens met de patiënt te bespreken, zeggen dat dit eigenlijk nooit negatieve reacties van de patiënt oproept.
Sommige huisartsen maken een duidelijke voorbehoud, bijvoorbeeld als vermoed wordt dat de patiënt de arts kwaad wil doen met de informatie: “Ik gooi het meestal wel open naar mensen, tenzij ik echt het gevoel heb dat ik met een querulant heb te maken, dat je moet oppassen.” Een andere reden om niet met de patiënt of zijn naasten te gaan praten, kan zijn dat dezen niet weten dat de huisarts een fout heeft gemaakt. Dit dilemma komt zeer duidelijk naar voren in casus 16. In twijfelgevallen zal de arts voorzichtig polsen of de patiënt of de familie denken dat er een fout is gemaakt, en of ze daarover willen praten.
Ook wordt geaarzeld om contact op te nemen als de fout is gemaakt bij een patiënt van een andere huisarts, bijvoorbeeld tijdens de dienst. In de meeste gevallen zal de arts die de fout heeft gemaakt dan eerst overleggen met de huisarts van de patiënt (casus 17).
In totaal is in 54 fouten van de tachtig gevallen bekend hoe de fout is afgehandeld met de patiënt of zijn naasten:

- veertig fouten zijn als een fout besproken. In 38 gevallen hadden de patiënt of diens naasten het gebeurde als fout ervaren, of was de fout voor iedereen duidelijk; in vijftien gevallen had de fout namelijk (mede) geleid tot het overlijden van de patiënt. De huisarts is meestal uit zichzelf naar de patiënt of zijn naasten toegegaan, wanneer hij vermoedde of wist dat deze(n) het gebeurde als fout had(den) ervaren. In twee gevallen is een fout besproken waarvan de patiënt geen notie had.
- veertien fouten zijn niet door de huisarts met de patiënt of diens naasten besproken. In acht gevallen was de fout niet als zodanig opgemerkt. In drie gevallen ging het om een patiënt van een collega die het niet nodig vond om de fout met de patiënt of diens naasten te

bespreken. In één geval was de patiënt inmiddels verhuisd en in twee gevallen vond de arts zijn schuld minder groot dan de schuld van de patiënt of diens naasten.

4.3.3 Informele toetsing

De meeste ondervraagde huisartsen zeggen dat zij hun eigen fouten wel ter sprake brengen bij hun associé of in de waarneemgroep; een collega op een fout aanspreken is moeilijker. Bij een fout van de associé kan dat meestal wel, zij het dat hierbij enige voorzichtigheid op prijs wordt gesteld: "Kijk je moet ook met de ander door. En je hebt ook ieders vrijheid om mensen te behandelen zoals je zelf wilt. Ja, ik denk dat het in vrij subtiele vormen gaat, dat je toch laat merken van: nou, ik had dat anders gedaan. Dat gaat niet zo van: nou joh, dat was hartstikke fout. Daarvoor is 't natuurlijk toch een te broos geheel, een samenwerking."
Kritiek leveren in een waarneemgroep is lastiger: "Ik geloof dat iedereen toch naar z'n beste weten het vak uitoefent. Er zitten zoveel subjectieve elementen in, dat het moeilijk is om kritiek te leveren. Omdat je weinig objectieve maatstaven hebt. Het is per slot van rekening geneeskunst en geen geneeskunde." Hier speelt vooral de onderlinge afhankelijkheid een rol: "Ik denk, zeker met mensen met wie je verder ook samen moet werken, dat je dat ook niet zo gemakkelijk zegt of zo. Tenminste ik niet. Want ik moet ook met die man verder."
Illustratief voor de manier waarop huisartsen met elkaars fouten omgaan is het verschijnsel 'slechte huisarts'. Drie respondenten vertelden dat zij met een apert slechte huisarts in de waarneemgroep zaten. Op de vraag of ze probeerden het slechte handelen van de arts te veranderen door hem hierop aan te spreken, was het antwoord: "nee". De redenen hiervoor waren:

- het heeft geen zin, omdat de 'slechte' arts het zich niet aantrekt of niet tegen kritiek kan;
- de huisarts was nog niet zo lang bij de waarneemgroep en de 'slechte' collega al jaren;
- de 'slechte' collega moet zelf maar weten wat hij met zijn eigen patiënten doet.

De enige keer dat een collega duidelijk op een fout werd aangesproken deed zich voor, toen werd ontdekt dat hij gedurende een lange periode morfine had gespoten bij een patiënt, zonder dat de eigen huisarts daarvan op de hoogte was.

4.3.4 Klachten bij officiële instanties

Van alle tachtig eigen fouten die de artsen vertelden, heeft er één tot een klacht bij het Tuchtcollege geleid. De betreffende arts had in de dienst ruzie gekregen met een hem onbekende patiënte, doordat hij wat te confronterend te werk ging. Uiteindelijk kreeg hij een vaas naar het hoofd geworpen. De patiënte diende @@@@@ een klacht in bij het Tuchtcollege. De klacht werd ongegrond verklaard, maar de huisarts vond achteraf wel dat hij een fout in zijn benaderingswijze had gemaakt.
Verder hebben nog drie andere huisartsen te maken gehad met klachten bij een formele instantie. In alle gevallen ging het om gebeurtenissen die de betrokken artsen niet fout vonden. De betreffende formele instanties ook niet, althans er zijn geen maatregelen getroffen. Eén geval betrof volgens de arts een notoire querulant, een ander was 'kierewiet', en de laatste arts kreeg twee klachten tegen zich van hem niet bekende patiënten; een vakantiegast, en een patiënt van een collega.
Alle zeventien huisartsen vertelden dat zij een grote vrees voor het Tuchtcollege koesterden. Redenen hiervoor waren:

- de onvoorspelbaarheid die zij het Medisch Tuchtcollege toedichten;
- het feit dat het functioneren van de arts, dat hij als iets persoonlijks ziet, getoetst wordt en
- de grote emotionele belasting die een tuchtzaak voor de betrokken arts meebrengt.

4.4 Beschouwing

Mensen die een vak beoefenen waarbij de kans bestaat dat er fouten worden gemaakt die ernstige gevolgen hebben, ontwikkelen een bepaalde gemeenschappelijke manier van omgaan met die fouten.[7] Deze observatie wordt door dit onderzoek bevestigd. Er zijn talrijke verdedigingsmechanismen om de schuldgevoelens die met het maken van fouten gepaard gaan te verminderen. Het gebruik van deze mechanismen is algemeen en noodzakelijk:

zonder deze zou het moeilijk vallen het vak uit te blijven oefenen na een fout met ernstige gevolgen.
Fouten bespreken met patiënten wordt in veel gevallen gedaan. Belangrijk hierbij is de omstandigheid of de patiënt en/of de familie wel of niet weet dat de huisarts een fout heeft gemaakt; weten zij dit niet, dan blijft bespreking meestal achterwege. Het bespreken van fouten waarvan zowel arts als patiënt op de hoogte zijn, neemt schuldgevoelens weg bij de arts, vermindert woede en wrok bij de patiënt, en verkleint de kans dat het tot een klacht bij een officiële instantie komt.
Praten met collegae over fouten is blijkbaar niet zo makkelijk: zelf de eigen fout vertellen is wel mogelijk, maar een collega op een fout wijzen, ligt gevoelig. De onderlinge toetsing is (nog) te vrijblijvend om hierin verandering te brengen en van onderlinge kwaliteitsbewaking komt in de praktijk weinig terecht.
Vanuit de samenleving is veel kritiek geweest op het functioneren van de tuchtrechtspraak. Velen zijn van mening dat de artsen elkaar de hand boven het hoofd houden, en dat het dus geen zin heeft om een klacht in te dienen. Misschien is dit een van de redenen dat er van de tachtig vertelde fouten slechts één tot een klacht bij het Tuchtcollege heeft geleid. Daarnaast waren vier klachten bij het college ingediend, die volgens de huisartsen geen fout betroffen. In al deze gevallen was er sprake van het ontbreken van een vertrouwensrelatie tussen de huisarts en de patiënt. Hieruit valt af te leiden dat het indienen van een klacht niet zozeer gerelateerd is aan de ernst of gevolgen van de fout, maar aan de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie.
Overigens moet worden opgemerkt dat het ook in dit hoofdstuk om door de respondenten zelf gerapporteerd gedrag gaat. Hoe het werkelijk is geweest, weten we niet. De huisartsen hadden alle kans om al te onaangename zaken te verhullen. Naar onze mening zijn zij echter zeer openhartig geweest.
Huisartsen maken net als andere mensen fouten. De gevolgen van die fouten kunnen voor de patiënten zeer groot zijn. Er kan echter meer aan gedaan worden om fouten te voorkómen, bijvoorbeeld door op een systematische wijze te leren van ooit gemaakte fouten. Onderzoek hiernaar lijkt gewenst. Het maken van fouten is menselijk, het voorkómen ervan ook.

4.5 Literatuur

1 Conradi M.H., J. Schuling, H. Mulder, Fouten in de huisartspraktijk 1. De fouten. *Huisarts Wet* 1988; 31: 222-7. [Hoofdstuk 3]
2 Freidson E., *De medische professie: een studie van de sociologie van toegepaste kennis*. Loghem: De Tijdstroom, 1981.
3 Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam. *Medisch Contact* 1987; 42: 342-4.
4 Aghina M.J., *Patiëntenrecht, een kwestie van gewicht.* Assen, Amsterdam: Van Gorcum, 1978.
5 Geneeskundige Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid. *Jaarverslag 1984*. Leidschendam: Ministerie van WVC, 1985.
6 Mizrahi T., Managing medical mistakes: ideology, insularity and acountability among internists-in-training. *Soc Sci Med* 1984; 19: 135-46.
7 Hughes E.C., Mistakes at work. *Can J Economics Political Sciences* 1951; 17: 320-7.

Casus 7

Een mevrouw staat ’s avonds bij de niet diensthebbende huisarts op de stoep met een vraag over haar zwangerschap. De arts onderzoekt haar niet, maar wimpelt haar wat af. De volgende ochtend wordt een prematuur kindje geboren dat enige uren later overlijdt. De arts vertelt: ’Dat is ook wel een interessante fout, een grove fout...’ Hierna introduceert de arts een ander voorbeeld met de woorden: ’Ander heel duidelijk geval, wat ook mijn fout niet was.’

Casus 8

Een patiënt komt op het spreekuur met de klacht dat hij zo veel drinkt en schimmel in de mond heeft. De arts zegt tegen de assistente dat de urine nagekeken moet worden, waarop de assistente zegt dat dit gebeurd is en dat “alles goed is”. De urine van de patiënt was echter niet op suiker nagekeken, maar er was een sediment gemaakt. De arts denkt niet meer aan suikerziekte. Uiteindelijk overlijdt de patiënt aan de complicaties van suikerziekte. De schuld wordt aan de organisatie gegeven: “Duidelijke organisatiefout. Dat hing ermee samen dat ik in die tijd ook nog ergens anders werkte, en daar hadden we altijd een vast programma voor urine-onderzoek: suiker, eiwitten, dus als ’alles goed’ was, dan wist ik wat ’alles’ was.” [....] “Maar dat lag ook aan die mensen, dan zeggen ze er ook niet bij van: ’het is misschien suikerziekte’, nee ze brengen gewoon de urine. En dan denkt de assistente: ’oh, zeker blaasontsteking’.”

Casus 9

Een patiënt komt twee keer bij de huisarts met bloed in de urine. Het symptoom wordt behandeld als zijnde een blaasontsteking. De derde keer met bloed in de urine komt hij pas zeer laat bij de huisarts. Het blijkt bij nader onderzoek dan een symptoom van blaaskanker te zijn, en de patiënt komt te overlijden. De huisarts zegt: “Misschien ligt de grootste fout wel bij de patiënt, dat ie daar toch mee doorgelopen is en niet gezegd heeft van: nou het blijft maar zo en het deugt niet.”

Casus 10

De huisarts komt in een gezin met drie zieke kinderen. Omdat er een mazelenepedemie is, en de huisarts ook de hoede heeft over de praktijk van een collega, heeft hij het erg druk. Hij onderzoekt twee van de drie kinderen. Deze hebben mazelen. Hij concludeert zonder onderzoek dat het derde kind ook wel mazelen zal hebben. Dit kind overlijdt dezelfde nacht aan een mazelenpneumonie. De arts zegt: “’t Was ook een merkwaardig gezin hoor. Ja gut, dat denk ik later ook maar tot troost. Ik snap ook niet waarom ze me die nacht niet gebeld hebben, maar ik snap wel meer dingen in dat gezin niet. Laat ik het zo zeggen, dat verlicht de smart van mijn kant dan weer een klein beetje.”

Casus 11

De huisarts vertelt over een door hem in eerste instantie niet herkende torsio testis: “Het was mij dus heel duidelijk toen ik die tweede keer die man zag, dat ik dacht: wel potverdrie, het is toch een draai, een torsio. Dus toen heb ik onmiddellijk de chirurg gebeld: moet je horen, ik heb hier patiënt met een torsio en die wou ik graag insturen. Toen heeft die chirurg hem geloof ik eerst nog weer een week laten liggen en toen was hij die testis kwijt. Dan zou ik zeggen van, nou maak hem dan meteen open, maar dat hebben ze dus ook niet gedaan.”
Na deze fout heeft de huisarts met de patiënt gepraat: “Toen zei ik ook iets van: nou gut, ik heb wel lelijk misgekleund ofzo. Daar is iets helemaal misgegaan. Toen deed ie daar heel losjes over: ’nou ja, kan de beste gebeuren’. Hij deed daar vrij vaag over. Maar die mensen zijn toen ineens uit de praktijk gegaan om een kleinigheid. Toen werd daar plotseling dat verhaal van die bal weer bijgehaald.”

Casus 12

Een arts die een hersentumor in eerste instantie niet herkende zegt: "Maar dat zijn allemaal punten die ik me niet verwijt, want dat waren gewoon moeilijke beelden en toen het beeld eenmaal zichtbaar werd, toen herkende ik dat ook wel en heb ik ze ingestuurd en vond ook iedereen dat het een hersentumor was. Ja, dat is dan te laat, maar eerder kan je het nu eenmaal niet herkennen omdat de symptomatologie daar nou eenmaal niet typisch voor is."

Casus 13

De arts bespreekt het overlijden van de patiënte na een fout met de kinderen (casus 3 uit het vorige hoofdstuk): "Dus ik ging naar die zoon toe, en ik zei: nou ik heb het fout gedaan, het spijt me verschrikkelijk, maar ik heb het fout gedaan. Zeg maar wat je dwars zit, want ik denk dat jullie je wel hartstikke rot voelen. Nou, ze stelden het op prijs dat ik kwam, maar ze waren hoogst beledigend in de manier waarop ze het over mij hadden; 'ook toen en toen ging het zo en zo en u wou ook nooit zus en zo en ze had zo en zoveel medicijnen en niemand keek er ook naar en er was niet voldoende controle'. Enfin, er bleef geen spaan heel van wat ik gedaan had. Ik heb dat maar over me laten komen, want ja, het enige dat ik deze mensen te bieden had was dat ze zich tenminste opgelucht voelden, dat ze zich tegen mij uitgesproken hadden. Ik denk: ja ik heb dit fout gedaan, ik moet dit incasseren. Nou ik heb dat gedaan, meer kon ik niet doen."

Casus 14

De arts bezoekt de patiënt en diens familie (casus 6 uit het vorige hoofdstuk): "Toen ik de man bezocht, zei de familie dus ook: 'nou ja dokter, moest dat nou zo?' Ik zei: nee, dat moest natuurlijk niet zo. Door alle toestanden daar omheen steeds, hebben we gewoon een fout gemaakt. Nou dat haalde een stuk spanning weg uit het gesprek. En toen was het probleem eigenlijk gelijk over. Toen zei een van hen ook: 'ja, we hadden ook niet steeds tussendoor moeten komen'. Toen werden uiteindelijk al die argumenten die je zelf had willen aanvoeren ter verontschuldiging, door hen aangevoerd. Dat vond ik heel aardig. De familie heeft wel een soort machtsgreep naar mij gedaan; de meneer hoeft nou niet meer de injectie hier in de praktijk te halen, maar ik kom nou braaf iedere keer bij hun thuis. Je staat zwak, dus ik moet het goed maken."

Casus 15

De arts houdt een vrouw met acute leukemie veel te lang voor een wat aanstellerige grieppatiënte. Na enige weken stuurt hij haar toch in; ze overlijdt korte tijd later. De arts gaat op bezoek bij de familie: "Ik kom daar binnen, ik wil de echtgenoot een hand geven ter condoleantie en hij staat op en zegt: 'Eruit jij! Ik kan je niet meer zien!' Ik zeg: nou, dat kan ik begrijpen, maar ik zou er toch wel even over willen spreken, waarop de kinderen allemaal zeggen: 'opdonderen jij!'. Nou, ik zeg: is er dan geen woord over te spreken? Nee. Waarop een van de oudste zonen zegt: 'kom maar mee, neem nou maar de veiligste weg en stap maar op'. Hij pakt mij zo voorzichtig duwend bij de hand en trekt mij de deur uit. Ik heb het daarna nog wel eens gevraagd of het zinnig was om met vader te praten, maar dat is nog steeds niet bespreekbaar. Die is nog altijd laaiend kwaad en als ik dat oprakel, dan kon het wel eens zijn dat ik echt een pak slaag kreeg".

Casus 16

De patiënt komt bij de arts met een klacht over rectaal bloedverlies. De arts doet een proctoscopie en ziet geen afwijkingen. Laat vervolgens röntgenfoto's maken, en komt tot de diagnose: divertikels in de darm. Bijna een jaar later komt de patiënt met dezelfde klacht terug. De arts besluit hem nu door te sturen naar de internist, die ook een proctoscopie doet en daarbij een tumor ontdekt. De patiënt overlijdt daar uiteindelijk aan.
"Ik moet je zeggen dat ik toch niet gezegd heb: ja, als ik een jaar eerder die scoop nog twee centimeter verder had geduwd, dan hadden we mogelijk wel die tumor gevonden. Hij heeft dat helemaal niet in de gaten gehad. Had ik dat nou moeten zeggen? Nou, ik heb het niet gedaan. Ja, wat was de reden

precies, het zal wel angst zijn, een stuk angst. En in de tweede plaats werd de patiënt daar natuurlijk ook niet beter van, als ik gezegd had: als ik vorig jaar die scoop twee centimeter verder had gekregen, dan leefde u, dan had u nou een betere kans. Ik denk dat je dan misschien een leugentje om bestwil moet vertellen. Maar of dat nou echt zo is, weet ik niet. Wie z'n bestwil, dat weet ik dan nog niet."

Casus 17

De dienstdoende arts mist een infarct bij een patiënt met een scala van andere klachten. Vier uur later overlijdt de patiënt. De dienstdoende arts heeft toen met de eigen huisarts overlegd: "Ik voor mijzelf wou eigenlijk wel met de familie praten, maar die collega zei: 'nee, dat is niet nodig, die mensen zijn vrij simpel, en ik heb het met ze besproken en ze hebben helemaal geen wrok ten opzichte van je'. Terwijl ik dat eigenlijk wel logisch had gevonden, als ze dat wel zouden hebben."

5 Analyse van 67 fouten in de huisartspraktijk

SAMENVATTING

Om zicht te krijgen op de aard van de fouten, hebben we 67 fouten uit de interviews met de zeventien huisartsen geanalyseerd. Deze fouten zijn geselecteerd aan de hand van een aantal criteria. We hebben onder meer onderzocht in welke fase van het contact het fout ging en aan welke aandoening de patiënt leed. Het bleek dat de meeste fouten in de diagnostiek zijn gemaakt (78%). Van de 52 foute diagnoses vormden de in eerste instantie gemiste diagnoses hart- en vaatziekten (23%) de grootste groep, gevolgd door gemiste carcinomen (19%) en de gemiste acute buik (15%). Deze aandoeningen zijn deels zeer acuut en levensbedreigend: het hartinfarct en de acute buik, en deels niet acuut maar wel levensbedreigend: de carcinomen. Bij bijna de helft van de gemelde fouten was de patiënt, al dan niet direct door de fout, overleden. Irritatie van de huisarts speelde volgens de huisartsen ten minste veertien keer een rol in het ontstaan van de fout.

5.1 Inleiding

De fouten in de interviews geven geen beeld van wat er misgaat in de dagelijkse huisartspraktijk. Ze geven een beeld van wat een huisarts aan fouten meemaakt gedurende jaren van praktijkuitoefening.[1] In weerwil van de verdringingsmechanismen zijn met name die fouten aan het geheugen ontworsteld waarbij de patiënt ernstige schade heeft geleden.[2] Deze fouten wegen het zwaarste voor de huisarts, en voor de patiënt.
In de literatuur zijn we geen analyses over grotere aantallen fouten van huisartsen tegengekomen (hoofdstuk 2). In dit hoofdstuk zullen we de fouten uit de interviews met zeventien huisartsen inhoudelijk analyseren. Het doel van onze analyse is inzicht te krijgen in de aard van de fouten. In welke fase van het consult en bij welke aandoeningen gaat het fout, en welke patiënten zijn daarbij betrokken? We hebben overwogen de fouten te categoriseren in de vier door de huisartsen onderscheiden fouten: medisch-technische -, relationele -, zorgvuldigheidsfouten en verkeerde beslissingen. We hebben besloten dit niet te doen, omdat de huisartsen in veel gevallen de eigen fouten niet ingedeeld hebben. Dat impliceert dat wij de fouten zouden moeten indelen en dus beoordelen. Dat druist echter in tegen het principe dat we de huisartsen volgen zonder zelf te oordelen.

5.2 Methode

De zeventien huisartsen, die voor het merendeel op enigerlei wijze betrokken waren bij activiteiten van een huisartsinstituut, zijn intensief geïnterviewd. De interviews duurden gemiddeld anderhalf uur en kunnen gekenschetst worden als open, niet gestructureerd en exploratief. Een uitgebreidere verantwoording van de selectie van huisartsen en de interviewmethode is in hoofdstuk 3 te lezen. De analyse is uitsluitend door de auteur gedaan. Deze is geen huisarts. Interpretatie van het gebeurde is achterwege gebleven, de feiten zoals de huisartsen die vertelden zijn voor waar aangenomen. Ook in die enkele gevallen waarbij ernstige twijfel rees ten aanzien van de juistheid van die informatie, is van de informatie van de huisartsen uitgegaan. Uit de 101 fouten die de huisartsen naar voren brachten, zijn eerst die fouten geselecteerd die aan de volgende criteria voldeden:
- de huisarts was er zelf bij betrokken;
- het gebeurde tijdens de uitoefening van zijn vak als huisarts, met inbegrip van de opleiding tot huisarts;
- het ging over één concrete patiënt;
- er was voldoende informatie om de analyse te kunnen maken. Minimaal moest aan de hand van de informatie vast te stellen zijn in welke fase van het arts-patiëntcontact het fout ging en op welke aandoening, probleem of situatie de fout betrekking had.

Van de fouten die aan deze criteria voldeden hebben we de volgende kenmerken onderzocht:
- waar is het fout gegaan: in de totstandkoming van het contact, in de diagnose, de therapie of het vervolg;
- aan welke aandoening of probleem leed de patiënt;
- wat was het geslacht en de leeftijd van de patiënt (kind, volwassen, bejaard);
- is de patiënt aan de onderhavige aandoening overleden;
- speelde irritatie van de huisarts een rol, bijvoorbeeld wegens persisterend of overdreven klagen van de patiënt.

5.3 Resultaten

De zeventien huisartsen waren gemiddeld vijftien jaar in de praktijk. De gemelde fouten zijn dus gemaakt gedurende 255 praktijkjaren (GP-years), en in een totale populatie van ongeveer 40.000 patiënten. In totaal 67 fouten voldeden aan deze criteria en zijn geanalyseerd. De overige 34 fouten voldeden er niet aan; ze waren door andere (huis)artsen gemaakt, als co-assistent gemaakt of bevatten te weinig informatie over de aard van de fout of de aandoening van de patiënt. Bij de 67 fouten die in deze analyse zijn opgenomen was de verdeling over de geslachten evenredig: 32 mannen en 31 vrouwen; van vier baby's en peuters is het geslacht niet genoemd. De leeftijd van de patiënten is niet altijd genoemd, maar meestal is er wel een indicatie gegeven. In elf gevallen ging het om kinderen (jonger dan 18 jaar). Van de 56 volwassenen waren ten minste tien bejaard (65 jaar en ouder). In tabel 5.1 staan de resultaten van de analyse vermeld.
De aandoeningen (de correcte diagnoses) zijn ingedeeld in zes hoofdgroepen: hart-vaatziekten, carcinomen, acute buik, complicaties rond de zwangerschap en bevalling, kind met koorts, overige. De grootste groep is 'overige'. Hieronder vallen ondermeer diabetes mellitus (2x), aangeboren afwijkingen (2x), longproblemen (2x), suïcide (2x), een fractuur, schildklierafwijking, glaucoom, maagpijn, nierafwijking, allergie, torsio testis, buikgriep en wondroos. In drie gevallen is het contact zo summier geweest dat er in het geheel geen diagnose gesteld is. Dit betroffen de zogenaamde 'tussendoor-contacten'. Hierbij heeft de huisarts op instigatie van de patiënt of verzorger een 'vraagje' beantwoord of een recept uitgeschreven, zonder de patiënt te onderzoeken.
Bij de 67 fouten waarover deze analyse is gedaan, is in 29 gevallen de patiënt overleden. Dat overlijden was in een deel onvermijdelijk, maar in 15 gevallen heeft een fout van de huisarts een rol gespeeld bij het overlijden van de patiënt. (hoofdstuk 3).
De meeste fouten betreffen het niet stellen van de juiste diagnose (52 maal). Het gevolg hiervan was meestal dat de huisarts niet verwees, terwijl hij dat bij een correcte diagnose terstond gedaan zou hebben. In negen gevallen kwam het in het geheel niet meer tot een verwijzing: de patiënt was overleden voordat de huisarts de correcte diagnose kon stellen. Dit betrof vijf keer een patiënt met hart- en vaatziekten en vier keer een baby of peuter. Bij de patiënten met een carcinoom of een acute buik ging het in alle gevallen om niet gestelde diagnoses, bij de hart- en vaatziekten in alle gevallen op twee na. Van de 52 niet gestelde diagnoses waren 12 (23%) een infarct of een andere hart- of vaatziekte, tien (19%) een carcinoom en acht (15%) een acute buik. Wordt de diagnose niet gesteld, dan is de ingestelde therapie, het beleid of de verwijzing vaak ook verkeerd.
Het blijkt dat bij veertien fouten irritaties van de arts een rol hebben gespeeld. De huisartsen waren geïrriteerd omdat de patiënt vaak 'om niks' klaagde, de klachten leek te overdrijven of op een ongelegen moment met de klachten kwam, bijvoorbeeld in de vrije tijd van de huisarts of op vrijdagavond om zeven uur.

Tabel 5.1: de resultaten van de analyse van 67 fouten in aantallen en in procenten

aantal geanalyseerde fouten	N=67	%
de ziekte in kwestie (correcte diagnose):		
hart- en vaatziekten	14	21
carcinomen	10	15
acute buik	8	12
kind met koorts	5	7
zwangerschap en bevalling	4	6
niet van belang	4*	6
overige	22+	33+
	67	100%
totaal		
in welke fase gaat het fout:	3	4
contact	52	78
diagnose	8	12
therapie	4+	6+
vervolg	67	100%
totaal		
	29	43%
patiënt overleden	14	21%
huisarts geïrriteerd		

* *Dit betrof fouten als 'patiënt niet in ziekenhuis bezocht' en 'echtgenote niet gecondoleerd met overlijden van haar man'. De ziekte is hierbij niet meegedeeld door de huisarts, maar deed ook niet ter zake.*

5.4 Beschouwing

De analyse van de fouten is door een socioloog, niet door een huisarts uitgevoerd. Evenals in het vervolg van dit proefschrift kon hierdoor geheel worden uitgegaan van de ervaringen, meningen en percepties van de huisartsen. Een (huis)arts zou op basis van zijn medische kennis waarschijnlijk meer geneigd zijn deze gegevens op hun juistheid te toetsen en zelf te interpreteren.
Hieronder zullen we de fouten nader beschouwen en voorzichtig proberen conclusies te trekken. We denken niet dat we nu een betrouwbaar beeld van 'de fouten in de huisartspraktijk' hebben gevormd. Deze opsomming betreft alleen die fouten die de huisartsen zich herinnerden en dat zijn blijkbaar fouten met merendeels ernstige gevolgen voor de patiënt. Daarnaast is de opsomming van de fouten in de interviews niet uitputtend geweest; de onderzoeker heeft niet getracht alle fouten uit de huisartsenloopbaan te achterhalen. Het aantal meegedeelde fouten was afhankelijk van de tijdsduur van het interview, en die werd begrensd door de fysieke, maar vooral geestelijke vermoeidheid van de huisarts. Het betreft dus hoogstwaarschijnlijk een onderschatting van de werkelijkheid.
De fouten hadden betrekking op ernstige ziektegevallen. Bijna de helft van de patiënten is overleden. In de helft van deze sterfgevallen zijn fouten van invloed geweest op het overlijden, in andere gevallen was het overlijden op dat moment onvermijdelijk.
Uit de verdeling van de fouten over de fases van het arts-patiëntcontact blijkt dat de meeste fouten het stellen van niet juiste diagnoses betreffen. Hierdoor komen patiënten (te) laat of in het geheel niet meer in het ziekenhuis. Het 'pluis - niet pluis-gevoel' waarschuwt huisartsen dus niet altijd.
We hebben de indruk dat veel van deze 67 fouten in de beginjaren van de praktijkuitoefening zijn gemaakt. Uit onderzoek is ook gebleken dat er een

positief rechtlijnig verband is tussen de ervaring van huisartsen en hun diagnostische prestaties.[3] Het lijkt erop dat de zeventien huisartsen een belangrijk deel van hun kennis en kundigheid door schade en schande geleerd hebben. Dit is enerzijds onvermijdelijk, anderzijds bestaat de indruk dat het ontbreken van een huisartsopleiding een deel van deze huisartsen in de beginjaren parten heeft gespeeld. Misschien dat huisartsen in de twee- en drie-jarige huisartsopleiding beter leren met behulp van het huisartseninstrumentarium te diagnostiseren, dan deze zeventien huisartsen (zonder, of met de eenjarige huisartsopleiding) hebben geleerd.
Omdat huisartsen met name diagnose-fouten maken, hebben hun fouten in veel mindere mate directe schade aan de patiënt tot gevolg dan de fouten van bijvoorbeeld chirurgen. De schade door een gemiste diagnose is indirect en bestaat uit het onthouden van de, bij een juiste diagnose wel gegeven geneeskundige hulp. De patiënt wordt dus geschaad in zijn genezingsmogelijkheden en blijft langer ziek, of geneest niet meer. De schade vloeit voort uit de ziekte waarvoor de patiënt niet, of later dan mogelijk, wordt behandeld, niet uit de therapie.
De ziekten waarbij de meeste (diagnose-)fouten gemaakt werden zijn kanker, hart- en vaatziekten en de acute buik. Dit strookt met bevindingen van Crebolder bij een analyse van sterfgevallen:[4] van de zes overleden patiënten bij wie fouten waren gemaakt, hadden drie patiënten neoplasmata, twee patiënten ischaemische hartaandoeningen en één patiënt hypertensieve encefalopathie. Dit zijn ernstige levensbedreigende ziekten. Hart- en vaatziekten en de acute buik zijn zelfs acuut levensbedreigend. Het zijn ook ziekten die vaak met aspecifieke klachten en verschijnselen beginnen. Bij een hersenbloeding heeft een huisarts door het veelal ontbreken van een therapeutisch perspectief de mogelijkheid om het aan te zien, maar bij een hartinfarct of een acute buik moet een huisarts snel handelen. Het belangrijkste is hierbij in eerste instantie dat de voorspellende waarde van de beslissing ’geen hartinfarct’ of ’geen acute buik’ zeer groot moet zijn. De correctheid van deze beslissing is belangrijker dan die van ’wel een hartinfarct’ of ’wel een acute buik’ en dus insturen.[5] Het is in dit geval minder erg patiënten voor niets in te sturen dan patiënten ten onrechte niet in te sturen. Als deze diagnoses gemist worden, is het vaak fataal en dus een ernstige fout. Uit onderzoek is gebleken dat huisartsen herhaaldelijk lange tijd nodig hebben om de diagnose hartinfarct te stellen. Zij veroorzaken het grootste deel van de vertraging voordat een hartinfarctpatiënt onder behandeling in het ziekenhuis gesteld wordt.[6] Dit is dus een moeilijke diagnose, zowel vanwege de aspecifieke symptomen en klachten en het ontbreken van de mogelijkheid het aan te zien, als vanwege de ernst van de gevolgen van het missen van de diagnose.
Opmerkelijk is dat in veertien gevallen irritatie van de huisarts een grote zo niet doorslaggevende rol heeft gespeeld bij de fout. Deze irritatie kwam meestal voort uit de perceptie van de huisarts dat de patiënt ‘zich aanstelde’. Wij weten niet in hoeverre verdedigingsmechanismen in deze beoordeling een rol spelen.[2] Door de patiënt als een ‘eeuwig klagende zeur’ te bestempelen is het voor de huisarts te verklaren en min of meer te verontschuldigen dat hij bij de zoveelste uiting van dezelfde klacht, het ’pluis gevoel’ liet prevaleren boven het ’niet pluis-gevoel’. De patiënt is in wezen de schuldige en de huisarts geëxcuseerd. Het is denkbaar dat de irritatie ten tijde van het consult niet zo’n duidelijke rol speelde, maar later als verdediging aan het gebeurde is toegevoegd.[2]

Met het beschreven overzicht hebben we een indruk van ernstige fouten die huisartsen in hun praktijkjaren maken. Samenvattend kan gesteld worden dat een praktizerend huisarts in zijn loopbaan gemiddeld minstens één keer een fout zal maken waardoor een patiënt voortijdig overlijdt. Enige keren zal hij ernstige fouten maken, met name zal hij diagnoses missen waardoor patiënten verlaat de geëigende behandeling kunnen ondergaan (doctors delay). Hierbij moet worden aangetekend dat we niet weten of deze 67 patiënten, als het niet fout was gegaan, er beter aan toe zouden zijn geweest. Ook in het ziekenhuis zijn mensen niet altijd te genezen.
Onze bevindingen zouden uitgelegd kunnen worden als een pleidooi om patiënten eerder naar het ziekenhuis te verwijzen. Hiertegen willen we inbrengen dat dan voorbij wordt gegaan aan het probleem van de fouten van de tweede orde en de mogelijkheid van iatrogene schade in het ziekenhuis. Geen van de genoemde fouten was een fout van de tweede orde: een patiënt ten onrechte ziek verklaren.[7] Deze worden vanzelfsprekend ook gemaakt, maar rekenen huisartsen zich veel minder aan. Behalve de negatieve economische

en sociale gevolgen die een vergroting van het aantal verwijzingen van huisartsen naar specialisten met zich meebrengt, zijn er ook direct negatieve gevolgen voor de patiënten. Deze gevolgen kunnen ook zeer ernstig zijn.[8] Uit Amerikaans onderzoek bleek dat 3,7 procent van de opgenomen patiënten schade had opgelopen door fouten in het ziekenhuis.[9]
Wij denken dat huisartsen veel mensen beschermen tegen ingrijpende en risicovolle handelingen in het ziekenhuis. Helaas is de keerzijde hiervan dat patiënten soms ten onrechte niet of te laat verwezen worden.

5.5 Literatuur

1 Conradi M.H., J. Schuling, H. Mulder, Fouten in de huisartspraktijk 1. De fouten. *Huisarts Wet* 1988; 31: 222-7. [Hoofdstuk 3]

2 Conradi M.H., H. Mulder, J. Schuling, Fouten in de huisartspraktijk 2. Na de fout. *Huisarts Wet* 1988; 31: 288-92, 307. [Hoofdstuk 4]

3 Hofstra M.L., P.P.M. Hobus, H.P.A. Boshuizen, H.G. Schmidt, De invloed van ervaring op diagnostische prestaties van huisartsen. *Huisarts en Wetenschap* 1988; 31: 282-4.

4 Crebolder H.F.J.M., Over sterven en stervensbegeleiding. Een kwantitatieve analyse van honderd sterfgevallen. *Huisarts Wet* 1980; 23: 439-46.

5 Lamberts H., Verwijzen naar een specialist: complementariteit of competitie? In: L.M. Schure e.a. (red.). *Een huisarts wel-beschouwd. Huisartsgeneeskunde opstellen.* Utrecht: Bunge, 1989.

6 Bleeker J.K., R.A.M. Erdman, L.M. Lamers, E. van der Does, M.L. Simoons, Vertraging bij de opname van hartinfarctpatiënten. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1993; 137: 2082-6.

7 Scheff T.J., *De psychisch gestoorde en zijn milieu.* Utrecht/Antwerpen: het Spectrum, (2e herziene druk) 1973.

8 Post D., *Iatrogene ziekten. Een onderzoek naar oorsprong en omvang.* Alphen a.d. Rijn / Brussel: Stafleu, 1984.

9 Brennan T.A., L.L. Leape, N.M. Laird e.a., Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Eng J Med 1991*; 324: 370-6.

6 Samenvatting en beschouwing deel I

SAMENVATTING

In de literatuur zijn we veel verschillende begrippen tegengekomen voor 'alles wat misgaat' in de geneeskunde. We hebben deze begrippen onderscheiden naar het moment waarop het misgaat: gaat het in het zorgproces fout, of is de uitkomst daarvan slecht, namelijk schadelijk voor de patiënt? Ook de geïnterviewde huisartsen hanteerden deze twee fases: het uitgangspunt voor hun foutbegrip is schade voor de patiënt, hun eigen aandeel daarin is doorslaggevend om een gebeurtenis werkelijk als 'fout' te definiëren. Onder meer op basis hiervan komen we tot een opsomming van wat 'fout' is:
- een huisarts overtreedt een bestaande norm/regel;
- deze norm/regel is opgesteld door artsen vanuit hun competentie als arts;
- deze overtreding heeft schadelijke gevolgen voor de patiënt.

Vervolgens hebben we vier fases in het huisarts-patiëntcontact onderscheiden waarin het fout kan gaan: de contactfase, diagnostische fase, therapeutische fase en de follow-up fase. We hebben daarna de actoren en instanties geïnventariseerd die van belang zijn bij het maken van fouten en het benoemen daarvan. De actoren zijn velerlei, dit loopt van patiënt en naaste, via assistente tot specialist. Instanties van belang zijn het Tuchtcollege, de Inspectie, de beroepsgroep en in toenemende mate de patiëntenverenigingen.

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt deel I met de exploratieve vraagstelling: wat vinden huisartsen fout en welke fouten maken ze, besproken. Daartoe zullen we de literatuur en de gesprekken met de zeventien huisartsen nader beschouwen. Vervolgens ontleden we fouten en hun context tot een aantal componenten teneinde hierin een beter inzicht te krijgen. In deel II van dit boek zullen we op basis hiervan de preventieve mogelijkheden onderzoeken.

6.2 Doel van de analyse

Voor een beter begrip van het fenomeen 'fouten van huisartsen' en om inzicht te krijgen in de constellatie waarbinnen fouten gemaakt worden, zullen we onze bevindingen in de voorafgaande hoofdstukken nader analyseren. De analyse is allereerst gericht op het opstellen van een omschrijving van 'fout'. Daarna zullen we een aantal fases onderscheiden waarin het fout kan gaan. Ten slotte geven we een opsomming van de personen en instanties die in de voorafgaande hoofdstukken genoemd zijn als betrokkenen bij het maken van fouten en de afwikkeling ervan. In hoofdstuk 11 zullen we op basis van deze analyse een groot aantal fouten beschouwen en in hoofdstuk 13 zullen we een analyse-schema voorstellen waarmee fouten ontleed kunnen worden. Tevens zullen we in hoofdstuk 13 aan de hand van deze opsomming voorstellen doen voor preventie, controle en onderzoek van fouten.

6.3 Omschrijving en plaatsbepaling van wat een fout is

In de literatuur hebben we veel begrippen gevonden die elk betrekking hebben op andere delen van 'al wat er mis kan gaan in de geneeskunde'. (Zie hoofdstuk 2.) Een analyse laat zien dat er twee fases in de ziekte en zorggeschiedenis van de patiënt zijn waarin er iets mis kan gaan:[1]
- het proces van de zorgverlening (het handelen van de arts, de diagnostiek, de therapie, de bejegening);
- de uitkomst daarvan (somatisch en psychisch).[2]

In hoofdstuk 3 bleek dat de geïnterviewde huisartsen dit onderscheid eveneens maken. Deze fasering in proces en uitkomst sluit dus aan bij de beleving van de huisarts.
We gebruiken deze indeling hieronder om inzicht te krijgen in het onderscheid en de overlap tussen de verschillende benamingen die er in omloop zijn voor alles wat niet goed gaat in de huisartspraktijk (figuur 6.1). Beide fasen zijn gedichotomiseerd wat betreft de beoordeling 'goed' of 'slecht'. In dit geval is de beoordeling van de zorgfase geheel onafhankelijk van de beoordeling van de uitkomst.
Een voorbeeld: bij een 'near-accident' is er iets fout gegaan in het proces van zorgverlening. Deze fout zou schade voor de patiënt tot gevolg kunnen hebben, dit is echter op tijd voorkómen. De uitkomst is dus niet negatief beïnvloed. Een ander voorbeeld: bij een 'adverse event' heeft de patiënt schade opgelopen, echter in het proces hoeft geen fout gemaakt te zijn.

Figuur 6.1: Indeling van de terminologie aan de hand van een beoordeling op twee assen.

		beoordeling van de uitkomst	
		goed	slecht
beoordeling van het proces	goed	* normaal beloop	* bijwerking * complicatie * achteraf verkeerde beslissing
	fout	* near-accident	*fout * ongeval * kunstfout * incident * fout v.d. 1e/2e orde

Drie termen zijn niet in dit schema opgenomen, deze zijn uitsluitend eenassig gedefinieerd (zie de definities in hoofdstuk 2):

* *defensief handelen* heeft geen relatie tot de uitkomst, maar uitsluitend betrekking op het proces, waarin wordt afgeweken van de norm;
* *adverse events* hebben geen relatie tot het proces, maar uitsluitend met de uitkomst die slecht is;
* *iatrogene schade* heeft ook alleen betrekking op een slechte uitkomst.

De beoordeling of er 'goed' of 'fout' is gehandeld (proces) en of de uitkomst 'goed' of 'slecht' is, is in grote mate subjectief. Het hangt in de eerste plaats af van wie het proces of de uitkomst beoordeelt, de patiënt, de huisarts, een collega-huisarts, een specialist of de verzekeraar, en met welke criteria beoordeeld wordt. Wij gaan uit van het perspectief van de huisarts.
De beoordeling van het proces kan dan gebeuren aan de hand van protocollen, richtlijnen en standaarden. Een vergelijking hiervan met het handelen van een huisarts bij een bepaalde patiënt kan als toetsing van de kwaliteit van dat handelen beschouwd worden. Afwijken van deze standaarden en richtlijnen kan negatief beoordeeld worden, dit hoeft echter niet per definitie het geval te zijn. Het kan zelfs goed zijn in individuele gevallen. Een vereiste is wel dat de huisarts zijn afwijkend handelen met argumenten kan onderbouwen.[3]
Het negatief afwijkend handelen van een huisarts hoeft geen schade aan de patiënt te veroorzaken (uitkomst).
De uitkomst van de behandeling kan als positief of negatief beoordeeld worden. Het criterium hierbij is het normale en verwachte beloop van de klachten bij deze behandeling.

6.4 Objectiveerbaarheid van het begrip door huisartsen

Hieronder sommen we eerst de kernelementen van fouten op, teneinde tot een omschrijving van 'fout' te komen. We gaan hierbij uit van de ervaringen van huisartsen.
Fout is een subjectief begrip. Een 'fout' is minder eenduidig vast te stellen dan een gebroken been, kankercel of de dood. Tussen huisartsen onderling bestaan grote verschillen in wat men fout vindt. Wij lieten 39 huisartsen en 27 huisartsen-in-opleiding schriftelijk een casus beoordelen waarin elf gebeurtenissen waren vervat die men al dan niet als fout kon beoordelen.[4] Over een van de elf gebeurtenissen was het oordeel eensluidend; dit was geen fout. Over de overige tien gebeurtenissen liepen de oordelen uiteen: een deel van de respondenten vond het fout, een ander deel niet. De respondenten vonden gemiddeld vier fouten in deze casus, met een spreiding van nul tot zeven fouten.
Fout is dus een subjectief begrip. Is het echter binnen een groep, namelijk huisartsen, toch objectiveerbaar, door vast te stellen over welke

inhoudelijke kenmerken men het wel eens is? Hieronder bekijken we de algemeen geldende kenmerken.

schade aan de patiënt
De patiënt en zijn gezondheid staan centraal bij fouten. Dus niet de administratie, de registratie, de procedures, protocollen en standaarden, noch de wettelijke en financiële aspecten; bij fouten gaat het om de schade aan de gezondheid die de patiënt ondervindt of had kunnen ondervinden. Fouten komen tot uiting bij de patiënt.

norm/regeloverschrijdend
De onderliggende reden om iets als fout te beschouwen, is de discrepantie tussen de verwachting en de gepercipieerde werkelijkheid. De verwachtingen bij de beroepsgroep, de patiënten, maar ook de rechterlijke macht, zijn gevormd door bepaalde normen en regels. Bij een fout heeft de huisarts een (on)geschreven regel of norm overschreden. Dit betreft een regel of norm die binnen de beroepsgroep geldig is. Deze zijn vanuit verschillende optiek geformuleerd: door de wetgever die voornamelijk eisen ter waarborging van de kwaliteit en ter bescherming van individu en samenleving stelt, door de inspectie en beroepsorganisatie die met name zorgvuldigheidsnormen vaststellen, en door de wetenschap waarvandaan de vakinhoudelijke regels afkomstig zijn.[5] Een aantal van deze normen is vastgelegd in de eed van Hippocrates en in de gedragscodes van de beroepsorganisatie KNMG.[6] Andere zijn verankerd in de jurisprudentie. Binnen de tuchtrechtspraak geldt het handhaven van het vertrouwen in de medische stand als belangrijkste norm.[7] Hierbij worden ook vaak medisch-technische regels als toetssteen gehanteerd.[8] De regels betreffende het medisch handelen zijn te vinden in de leerboeken, de wetenschappelijke literatuur, protocollen en standaarden.
Samengevat gaat het bij een fout om de volgende kenmerken:
- een huisarts overtreedt een bestaande norm/regel;
- deze norm/regel is opgesteld door artsen vanuit hun competentie als arts;
- deze overtreding heeft schadelijke gevolgen voor de patiënt

Als aan deze drie voorwaarden voldaan is, dan kunnen we spreken over een 'medische fout'. Het subjectieve begrip fout is daarmee objectiveerbaarder geworden.

6.5 Onderscheiden fases in de (foutieve) zorgverlening

Een aspect waar we in hoofdstuk 5 kort aandacht aan besteed hebben is de constatering dat als er in een bepaalde fase iets fout gaat, de kans groot is dat het fout blijft gaan. Is de huisarts niet bereikbaar dan wordt er geen diagnose gesteld, laat staan dat er een adequate therapie volgt. Stelt de huisarts een foute diagnose dan is de kans klein dat de daarop geënte therapie wel goed is.
Binnen de huisartsensetting verlopen de meeste arts-patiëntcontacten volgens dezelfde opeenvolgende fases. Elke fase kent zijn eigen fouten. Het is dus van belang deze fases te onderscheiden. Vanuit de casuïstiek zijn de volgende duidelijk herkenbare fases te onderscheiden (figuur 6.2):
- *Het totstandkomen van het contact tussen patiënt en huisarts*. Komt het contact niet tot stand, bijvoorbeeld wegens onbereikbaarheid van de huisarts, of breekt de huisarts het contact af, bijvoorbeeld een weigering voor een visite, dan worden de volgende fases niet doorlopen. Dit kan ernstige gevolgen hebben. De omstandigheden waaronder het contact plaatsvindt, kunnen ook van grote invloed zijn op het niet foutloos doorlopen van de volgende fases. Zo vormt het consulteren van een huisarts in omstandigheden dat deze niet de normale zorgvuldigheid kan of wil betrachten een vergroot risico op het maken van fouten.
- De *diagnostische fase*: de hulpvraag, anamnese en onderzoek leidend tot de diagnose. In deze fase maken huisartsen de meeste fouten (hoofdstuk 5). Het is duidelijk dat als hierbij een fout gemaakt wordt de kans dat de correcte behandeling ingesteld wordt, klein is. In deze fase kunnen anderen ook fouten maken, met name bij het doen van tests of aanvullende diagnostiek, terwijl ook de communicatie daarover met de huisarts een foutenbron is.
- De *therapeutische fase*: de therapie en eventuele verwijzing.

De geïnterviewde huisartsen vermelden veel minder fouten in deze fase dan in de eerdere fases (zie hoofdstuk 5).

- De *follow-up*. Dit is met name van belang om het beloop te vervolgen en feedback te krijgen over de vorige fases. Bij een differentiële diagnose waarbij de tijd gebruikt wordt om te leren welke diagnose correct is, dienen ondubbelzinnige vervolgafspraken gemaakt te worden.

Figuur 6.2: fases in de huisartsenzorgverlening

het totstandkomen van het contact
de diagnostische fase
de therapeutische fase
de follow-up

6.6 Betrokken personen en instanties

Behalve de huisarts kunnen de patiënten en andere personen betrokken zijn bij de fouten. Zij kunnen van invloed zijn op het ontstaan en het voorkomen van een fout, en ze kunnen vaak ook beoordelen of er een fout gemaakt is. Daarnaast zijn er diverse instanties die oordelen vellen over de zorgverlening binnen de huisartspraktijk, sommige gebeurtenissen als fout karakteriseren en al dan niet bevoegd zijn maatregelen te nemen om fouten in de toekomst te voorkómen. Hieronder zullen we de personen en instanties opsommen:

De patiënt. De patiënt is meestal in alle fases betrokken bij het contact en heeft daarbij meer of minder invloed op het zorgverleningsproces. De informatie die de patiënt de huisarts verstrekt is bepalend voor een juiste diagnose en beleid. Dissimulerende patiënten zijn bijvoorbeeld een oorzaak voor fouten van de eerste orde.
De patiënt beoordeelt of iets fout is of niet, maar is vaak niet in staat om over de medische inhoud van de zorgverlening te oordelen. Veel klachten van patiënten over huisartsen betreffen dan ook de bejegening.[9] Toch zijn patiënten vaak in staat om delen van het zorgproces te bewaken. Met name afspraken en gevoerd beleid ("Ik krijg van de specialist altijd die grote rooie pillen, kan dat wel samen met deze pillen die u nu voorschrijft?") kan door de patiënt bewaakt worden. Een mondige patiënt is dan ook een belangrijke factor in het voorkómen van fouten.[10]
Ouders, verwanten en begeleiders van patiënten. In geval patiënten niet of minder goed in staat zijn tot communicatie over hun klachten, wordt de communicatie vaak door anderen overgenomen. Bijvoorbeeld bij kleine kinderen door de ouders, bij dementerende bejaarden door de kinderen, en bij patiënten die geen Nederlands spreken door een tolk. Door deze extra schakel verloopt de communicatie moeizamer en kunnen de mededelingen gekleurd weergegeven worden door de eigen interpretatie van de ouder, verwant of begeleider. Hierdoor kunnen fouten ontstaan.
De specialist. De specialist krijgt de patiënt te zien nadat de huisarts hem heeft gezien en al een (voorzichtig) oordeel over de klacht en diagnose heeft gesteld. De specialist onderzoekt de patiënt in de meeste gevallen nogmaals geheel en stelt zijn eigen oordeel. Door dit oordeel te vergelijken met de diagnose en behandeling door de huisarts, kan de specialist fouten van huisartsen ontdekken. Foutieve bevindingen van specialisten zijn een gevaarlijke foutenbron voor de huisarts. In de meeste gevallen zal de huisarts deze, voor hem niet controleerbare bevindingen voor waar aannemen en hierop het vervolgbeleid baseren.
De collega huisarts. In de waarneming krijgt de collega soms patiënten te zien die al eerder door de eigen huisarts zijn gezien. De collega huisarts zal dan een eigen diagnose stellen en op basis daarvan een behandeling. Hij kan dan de bevindingen en het beleid van de eigen huisarts hieraan toetsen. Voor de waarnemend huisarts geldt hetzelfde als voor de specialist: als een patiënt in de waarneming gezien wordt en de waarnemer stelt een foutieve diagnose, zet hij de eigen huisarts daarmee op een dwaalspoor.

De assistente. De assistente heeft invloed in de fase van het totstandkomen van het contact tussen patiënt en huisarts. Meestal zal de patiënt eerst contact met de assistente hebben, alvorens contact met de huisarts te krijgen. De assistente fungeert dus als de allereerste poortwachter van de gezondheidszorg, nog voor de huisarts. Weigeren van directe toegang tot de huisarts kan grote gevolgen voor de patiënt hebben.
Ook bij het totstandkomen en eventueel bewaken van vervolgafspraken ("Laat over een half jaar de bloeddruk nog maar eens meten") heeft de assistente een taak.
Veel laboratorium-onderzoek in de huisartspraktijk wordt zelfstandig door de assistente uitgevoerd. Fouten die zij hierin maakt, kunnen door de huisarts overgenomen worden. De overige invloed van de assistente op de huisarts wat betreft het huisartsgeneeskundig proces is meestal meer informeel van aard en afhankelijk van kennis en ervaring van de assistente en ontvankelijkheid van de huisarts.
Daarnaast kan de assistente fouten maken in al haar activiteiten die strikt genomen buiten het huisartsgeneeskundig proces vallen. Dat kan variëren van het zoekraken van een patiëntenkaart tot een schrijffout in een herhaalrecept. Het uitschrijven van herhaalrecepten vormt, na het maken van afspraken, het grootste deel van de patiëntgebonden werkzaamheden van de assistente.[11]
Overigen. De achterwacht in de huisartspraktijk (meestal de partner van de huisarts) fungeert als assistente in die uren dat de reguliere assistente afwezig is. Dat is tijdens de diensten en gedurende die uren dat de praktijk open is, maar geen assistente aanwezig is. Gemiddeld is er per praktijk inclusief diensten bijna 47 uur per week een achterwacht in functie.[12] Een achterwacht heeft voornamelijk een taak in de eerste fase van het huisartsgeneeskundig proces, bij het te woord staan van een patiënt die contact met de huisarts zoekt. De achterwacht heeft dan dezelfde poortwachtersfunctie als de assistente.
De apotheker krijgt de recepten die de huisarts of assistente heeft uitgeschreven en geeft idealiter feedback wanneer hierin fouten gemaakt worden. De apotheekhoudende huisarts moet het hier zonder doen.
Het (huisartsen)laboratorium doet veel laboratoriumonderzoek voor huisartsen. Hierbij speelt weer het gevaar van de foutieve uitslagen. Deze zullen door huisartsen veelal voor waar overgenomen worden.
Instanties. Behalve deze directe actoren is er binnen het huisartsgeneeskundig proces ook een aantal instanties die op indirecte wijze dit proces beïnvloedt en achteraf kan beoordelen.
Het *Medisch Tuchtcollege* oordeelt over de geboden zorg vanuit het Tuchtrecht. Het belangrijkste criterium voor veroordeling is hierbij het schaden van het vertrouwen in de medische stand.[13]
De *Geneeskundige Inspectie* heeft een controlerende rol op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Bij huisartsen is dat bijna per definitie een reactieve rol; de inspectie kan ingrijpen als er fouten voorgekomen zijn of slechte zorg geleverd wordt. Ze kan dit alleen doen bij geregistreerde artsen (en verloskundigen, fysiotherapeuten, apothekers en tandartsen) en instellingen binnen de gezondheidszorg.
Justitie oordeelt soms over artsen. Dit betreft vaak geschillen op het grensgebied van de autonomie van de professie, overtredingen van andere normen en regels dan de professie-inhoudelijke, en schadeclaims.
De *beroepsgroep* als geheel stelt vanuit een medisch-wetenschappelijke achtergrond richtlijnen, standaarden en protocollen op, waarin ’goed’ handelen beschreven staat. Afwijken van een standaard kan echter niet aangemerkt wordt als ’fout’; wel moet het met redenen onderbouwd kunnen worden.[14] Binnen de beroepsgroep zijn op plaatselijk en regionaal niveau vele soorten groepen actief. Huisartsengroepen, intervisiegroepen en toetsgroepen houden zich in meer of mindere mate bezig met de kwaliteit van de zorg. Toetsgroepen kunnen een belangrijke rol spelen bij de bespreking en analyse van fouten.[15]
De *patiënten- en consumentenorganisaties* gaan in toenemende mate een rol spelen in de gezondheidszorg en dus ook in de beoordeling van artsen. Negatieve oordelen worden in toenemende mate als klacht gedeponeerd bij diverse instanties. Een nieuwe ontwikkeling zijn de klachtenbureaus. Een voorbeeld hiervan is het Klachtenbureau patiënt en huisarts in Drenthe.[16]
Ten slotte kunnen de *zorgverzekeraars* al dan niet op basis van klachten van patiënten stappen ondernemen om huisartsen te beïnvloeden.

6.7 Conclusie van de analyse

We hebben eerst een omschrijving van medische fout gegeven, waarin het verschil tussen proces en uitkomst centraal staat. 'Fout' betekent dat in het proces de regels en normen van de beroepsgroep overtreden zijn. Deze overtreding heeft schade voor de patiënt tot gevolg. Binnen het proces hebben we het standaard arts-patiëntcontact chronologisch in vier fases onderscheiden waarbinnen het fout kan gaan. De contact-fase, diagnostische, therapeutische en follow-up-fase. Teneinde de mogelijkheden voor beoordeling en invloeden ter voorkoming van fouten van huisartsen vast te stellen, hebben we de potentiële betrokkenen bij de huisartsenzorg opgesomd. Deze direct betrokkenen zijn in staat delen van het handelen van de huisarts te beoordelen en te beïnvloeden. Dat zijn, behalve de patiënt en zijn naasten, werkers in de gezondheidszorg: de assistente, collega-huisarts, specialist, achterwacht, apotheker en laboratoriummedewerkers. In het deel II *het voorkómen van fouten* resulteert dit in een model om fouten te analyseren. Uiteindelijk is dat het belangrijkste praktische doel van onze onderzoeken.

6.8 Literatuur

1 Stelling J., R. Bucher, Vocabularies of realism in professional socialization. *Soc Sci Med* 1973; 7: 661-75.
2 Maeseneer J., De zorg voor de kwaliteit en de kwaliteit van de zorg. *Huisarts Wet* 1993; 36: 437-9.
3 Duijn N.P. van, B. Meyboom-de Jong, Tussen gouden standaard en gouden kalf. Functie en toepassing van NHG-standaarden [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1995; 38: 3-6.
4 Conradi M.H., Wat doet de huisarts fout? *Informatieblad Vakgroep Huisartsgeneeskunde*. Rijks Universiteit Groningen 1986; nr. 51: 19-23.
5 Wijmen F. van, R. Grol, Juridische aspecten van standaarden in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1992; 35: 235-9.
6 Vademecum. Utrecht: KNMG, 1994.
7 Leenen H.J.J., *Gezondheidsrecht*. Alphen a.d. Rijn, Brussel: Samsom Uitgeverij, 1981.
8 Wijmen F. van, R. Grol, Juridische aspecten van standaarden in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1992; 35: 235-9.
9 Post D., P.J.M. Hinskens, Evaluatie over de periode 1 oktober 1991 - 1 oktober 1992. *Klachtenbureau patiënt en huisarts*. Groningen: Vakgroep Gezondheidswetenschappen RUG, z.j.
10 Leenen H.J.J., Preventie van schade. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1992; 136: 1665-7.
11 Groenewegen P.P., D.H. de Bakker, J. van der Velden, Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: *Verrichtingen in de huisartspraktijk*. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), 1992.
12 Vereniging Huisarts Achterwacht. *Als de dokter even weg is*. 1991.
13 Leenen H.J.J., *Gezondheidsrecht*. Alphen a.d. Rijn, Brussel: Samsom Uitgeverij, 1981.
14 Duijn N.P. van, B. Meyboom-de Jong, Tussen gouden standaard en gouden kalf. Functie en toepassing van NHG-standaarden [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1995; 38: 3-6.
15 Pelt-Termeer A.M.M. van, F.A. van den Berg, Hoe heeft het kunnen gebeuren? Beoordeling van fouten en bijna-ongelukken in een toetsgroep. *Huisarts Wet* 1995; 38: 7-9, 29.
16 Post D., P.J.M. Hinskens, Klagen over de huisarts. Een klachtenbureau geëvalueerd. *Medisch Contact* 1994; 49: 195-6.

DEEL II

VOORKóMEN VAN FOUTEN.

7 Preventie van fouten, inleiding

SAMENVATTING

In deel I hebben we via de interviews een inventarisatie gemaakt van wat huisartsen fout vinden en welke, met name ernstiger fouten een huisarts in zijn praktijkuitoefening meemaakt. Gebleken is dat elke huisarts fouten maakt met soms ernstige gevolgen voor de patiënt. Onderling wordt hier echter nauwelijks over gepraat met als gevolg dat huisartsen niet de mogelijkheid hebben lering te trekken uit elkaars fouten.
In deel II zijn we op zoek gegaan naar mogelijkheden voor de preventie van fouten. Momenteel is er geen systematische aandacht voor het voorkómen van fouten binnen de huisartspraktijk. Naar aanleiding van een beschouwing van Vincent hebben we eerst een drietal eisen geformuleerd voor een doelmatig systeem van preventie van fouten, de preventie-trias:
1) er moet inzicht verworven worden in de aard en het aantal fouten in de huisartsgeneeskunde;
2) op basis hiervan moeten categorieën en analyses gemaakt worden gericht op preventie van deze gebeurtenissen;
3) de daaruit af te leiden preventieve adviezen/maatregelen moeten geïmplementeerd worden.
Dit dient een continu proces te zijn.
We stellen voor om analoog aan de preventie van ziekten, bij de preventie van fouten ook een indeling in primaire, secundaire en tertiare preventie te hanteren. Bij primaire preventie worden fouten in het proces voorkómen, bij secundaire worden de fouten in het proces gecorrigeerd voordat er schade aan de patiënt is opgetreden en bij tertiaire preventie wordt de schade aan patiënt, maar ook aan de arts-patiëntrelatie zo goed mogelijk hersteld. Onze aandacht zal vooreerst op de primaire preventie gericht zijn.

7.1 Inleiding

Huisartsen maken fouten die soms ernstige gevolgen voor patiënten hebben. Dit wetende, is het van belang te onderzoeken of er mogelijkheden zijn om fouten te voorkómen. In dit deel zullen we een aantal onderzoeken beschrijven waarin we de preventie van fouten in de huisartspraktijk exploreren.
In deel I hebben we gezien dat er geen onderzoek wordt gedaan naar mogelijkheden om fouten in de huisartspraktijk te voorkómen. Een van de oorzaken hiervoor is waarschijnlijk het ontbreken van inzicht in de aard en de omvang van het probleem: hoeveel en wat voor fouten worden er jaarlijks door huisartsen in Nederland gemaakt? Inzicht hierin was volgens veel subsidiegevers en beroepsverenigingen noodzakelijk voordat er onderzoek naar preventie van fouten gestart kon worden, zo bleek ons in gesprekken die wij over de honorering van onze onderzoeksvoorstellen gevoerd hebben. Wij vragen ons af in hoeverre hierbij individuele en professionele verdedigingsmechanismen een rol spelen. Elke huisarts maakt immers fouten, de meesten erkennen dat ook. Veel patiënten kunnen verhalen over fouten, al dan niet zelf meegemaakt.
Teneinde de preventie in de toekomst gestalte te kunnen geven, zullen we in dit deel eerst onderzoek verrichten naar mogelijkheden om betrouwbaarder inzicht te krijgen in het vóórkomen van fouten. Vervolgens proberen we inzicht te verkrijgen in de mogelijkheden om fouten te voorkómen.

Allereerst zullen we de belangrijkste conclusies uit de interviews in deel I nogmaals op een rij zetten, nu vanuit het oogpunt van preventie:
- Elke huisarts maakt incidenteel fouten, niet alleen de slechte;
- De meeste huisartsen zullen ooit een fout maken waardoor een patiënt voortijdig overlijdt;
- Huisartsen onderscheiden vier soorten fouten: medisch-technische fouten, verkeerde beoordelingen, relationele fouten en zorgvuldigheidsfouten;
- De onderlinge communicatie over en dus ook de onderlinge regulering van fouten is slecht ontwikkeld;
- Huisartsen voelen zich in eerste instantie verantwoordelijk voor de eigen patiënten en dus het eigen functioneren, niet voor patiënten van andere huisartsen en hun functioneren;
- Het voorkómen van fouten door lering te trekken uit andermans fouten en systematisch onderzoek daarvan, gebeurt nog nauwelijks.

Kortom: fouten komen regelmatig voor, maar er wordt door de beroepsgroep niet systematisch lering uit getrokken. Allereerst zullen we een korte inventarisatie maken van de huidige mogelijkheden om lering te trekken uit fouten en deze te voorkómen. Vervolgens gaan we na welke voorwaarden noodzakelijk zijn om fouten daadwerkelijk te kunnen voorkómen. Met deze uitgangspunten hebben we een aantal onderzoeken uitgevoerd:
- We hebben een secundaire analyse gedaan op de gegevens verzameld in *de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de*

huisartspraktijk om te onderzoeken of hiermee inzicht verkregen kon worden in het vóórkomen van incidenteel slechte zorg in de huisartspraktijk (hoofdstuk 8);
- Samen met huisartsen hebben we geïnventariseerd op welke wijze preventie van fouten opgezet moet worden (hoofdstuk 9);
- Daarnaast hebben we een aantal experimenten gedaan met verschillende fout-meldingsprocedures (hoofdstuk 10);
- Ten slotte hebben we onderzocht of we door de analyse van fouten inderdaad foutenbronnen en preventieve mogelijkheden konden opsporen (hoofdstuk 11).

7.2 Huidige mogelijkheden om lering te trekken uit fouten

De aandacht heden ten dage in het kwaliteitsdenken binnen de (huisarts)geneeskunde is gericht op het proces van de zorgverlening, en dan met name op het optimaliseren van de kwaliteit van het handelen van de huisarts. Onderzoek naar een slechte uitkomst, schade bij de patiënt, als indicator voor de mogelijkheid om de zorgverlening te verbeteren lijkt vrijwel afwezig. Casparie roemt de moderne wijze van kwaliteitsborging waarin de aandacht niet exclusief gericht is op de incidentele fouten in de zorg, maar op het voortdurend verbeteren van de structurele kwaliteit van de zorg.[1] Wij kunnen ons in dit laatste vinden, maar het een hoeft het ander niet uit te sluiten. Deze moderne wijze is niet voortgekomen uit een lange traditie van fouten-onderzoek, want die traditie is er in de geneeskunde nooit geweest. In de transportsector en de industrie bestaat deze traditie wel. Hierin was het onderzoek vroeger exclusief gericht op fouten en ongelukken, de analyse daarvan en de lering die daaruit getrokken kon worden. Tegenwoordig is dit gemixt met kwaliteitsoptimalisering. Ongelukken en fouten worden echter nog steeds diepgaand onderzocht en ontrafeld.
Binnen de huisartsgeneeskunde gebeurt dit uitsluitend door de Geneeskundige Inspectie en het Medisch Tuchtcollege. Deze treden echter alleen op in geval er klachten zijn ingediend. Hoewel deze instanties formeel de kwaliteitsverbetering nastreven, hebben ze in de ogen van de artsen voornamelijk een vrij onvoorspelbare bestraffende functie.[2]
De huidige manieren om van fouten te leren, en daardoor fouten te voorkómen, zijn binnen de huisartspraktijk vrij beperkt, namelijk: gepubliceerde casuïstiek tot zich nemen, met collegae over fouten praten en groepsgewijs fouten bespreken en analyseren:
- In tijdschriften wordt regelmatig casuïstiek gepubliceerd. Voor een deel zijn dit officiële verslagen van uitspraken van het Medisch Tuchtcollege en mededelingen van de Geneeskundige Inspectie. Het zijn echter vooral individuele huisartsen die eigen fouten beschrijven. Veelal in casuïstische mededelingen, maar soms ook in meeromvattend onderzoek of zelfbespiegelingen.
- Onderling praten over fouten, en het analyseren van eigen en andermans fouten gebeurt wel. In de opleiding tot huisarts is het wekelijks ’spuien’ in wezen voornamelijk het bespreken en analyseren van elkaars problemen, waaronder fouten, teneinde daar lering uit te trekken. In de huisartspraktijk bestaat een dergelijk vast moment niet. Op praktijk -, plaatselijk en regionaal niveau is het geheel afhankelijk van individuele wensen en initiatieven. Uit onze interviews bleek dat onderling vertrouwen een absolute voorwaarde is. Wanneer dit ontbrak, bijvoorbeeld in de waarneemgroep, was het niet mogelijk fouten ter sprake te brengen.
  Uit onderzoekspublicaties kennen we de necrologie-besprekingen die Schadé en zijn waarneemcollegae hielden, en de toetsgroep uit Zeeland die onlangs publiceerde over hun maandelijkse foutenbespreking. [3,4] We weten niet in hoeverre deze methoden navolging hebben gevonden en of er nog op andere manieren in groepen fouten worden besproken en geanalyseerd.

Een systematische manier om van fouten te leren, zodat deze wellicht te voorkómen zijn, is er blijkbaar niet. In deel II zullen wij een aantal mogelijkheden exploreren. Allereerst zijn we op zoek gegaan naar de voorwaarden waaraan voldaan moet worden, wil men fouten in de toekomst kunnen voorkómen.

7.3 Voorwaarden voor preventie van fouten

In zijn al bijna klassieke artikel *Research into medical accidents: a case of negligence* noemt Vincent een drietal invalshoeken voor toekomstig onderzoek naar medische fouten:

- beschrijvingen van fouten;
- classificatie van fouten;
- opsporing van oorzaken van fouten.[5]

Hieruit afgeleid kunnen drie voorwaarden opgesteld worden waaraan voldaan moet worden om fouten te kunnen voorkómen:

- Er moet inzicht verworven worden in de aard en het aantal fouten in de huisartspraktijk;
- Op basis hiervan moeten analyses en een rubricering gemaakt worden gericht op preventie van deze gebeurtenissen;
- De daaruit af te leiden preventieve adviezen of maatregelen moeten geïmplementeerd worden.

Deze drie stappen van wat we in het vervolg de ’preventie-trias’ noemen, dienen continu herhaald te worden, onder meer om te vermijden dat men gericht is op het voorkómen van de fouten van gisteren en de fouten van vandaag niet ziet, maar ook omdat er voortdurend nieuwe huisartsen gaan praktizeren.
Voor de preventie van fouten stellen we voor om, evenals bij andere vormen van preventie, onderscheid te maken tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie van fouten:

- *Primaire preventie* is voorkómen dat er fouten gemaakt worden, bijvoorbeeld door het opsporen en elimineren van foutenbronnen. Hierdoor wordt voorkómen dat er in het zorgproces een fout gemaakt wordt;
- *Secundaire preventie* is het in een zo vroeg mogelijk stadium opsporen van fouten, voordat het schade voor de patiënt tot gevolg heeft, bijvoorbeeld na een onbevredigend verlopen consult nogmaals contact opnemen met de patiënt om de ontbrekende informatie te verkrijgen. Hierdoor wordt voorkómen dat een gemaakte fout schadelijke gevolgen heeft. Door een interventie kan de fout schadeloos gemaakt worden;
- *Tertiaire preventie* is het voorkómen van verergering van de schade na gemaakte fouten. Hieronder valt ook schade aan de arts-patiëntrelatie, bijvoorbeeld door de patiënt op te zoeken, een zo goed mogelijke behandeling in te stellen en de fout te bespreken.

In het vervolg van deel II zullen we met name ingaan op de mogelijkheden tot primaire preventie.

7.4 Overzicht deel II

Omdat de huisartsen degenen zijn die het meest zicht hebben op fouten en de totale setting kennen, ligt het voor de hand hen als eerste informatiebron te kiezen. Naast pragmatische redenen, zoals genoemd in de inleiding van dit proefschrift, speelt hierbij een aantal theoretische redenen een rol. Deze zijn met name van belang voor de effectiviteit van de preventie-trias: het uiteindelijke succes van de trias wordt bepaald in de praktijk, waar bepaalde aanbevelingen overgenomen moeten worden. Er is veel onderzoek gedaan naar de verspreiding en implementatie van veranderingen, ook in de huisartspraktijk.[6,7,8] Binnen de landbouw bestaat echter de meeste onderzoekservaring op dit gebied. De vakgroep Voorlichtingskunde van de Landbouw Universiteit Wageningen speelt hierbij op wereldniveau een voortrekkersrol. In hun meest recente theoretische benadering is de nadruk verschoven van het ontrafelen van factoren die een rol spelen bij acceptie van innovaties, naar het schetsen van een systeem betreffende het ontwikkelen en gebruiken van kennis.[9] De rol van degenen die de kennis uiteindelijk in de praktijk moeten gebruiken, kan daarbij niet onderschat worden.
Vandaar dat wij zowel bij het verkrijgen van inzicht in de aard en het aantal van de fouten, als bij het ontwikkelen van een systeem om fouten te inventariseren, geheel en al zijn afgegaan op de wensen en inzichten van huisartsen.
In de volgende hoofdstukken wordt een aantal methoden beschreven om inzicht te verwerven in de aard en het aantal fouten (stap één). Door inzicht te verwerven in het aantal en de aard van de fouten, kan gerichte preventie plaatsvinden. Door betrouwbaarder cijfers over het vóórkomen kan dit onderwerp op de politiek-wetenschappelijke agenda geplaatst worden. Daarna

kunnen we vervolgen met de tweede stap van de trias, het analyseren en catalogiseren van fouten.

Eerst beschrijven we drie onderzoeken waarin we nagegaan zijn hoe inzicht in de aard en het aantal fouten verkregen zou kunnen worden:

1. Allereerst hebben we een secundaire analyse naar de gegevens van de Nationale Studie van het NIVEL verricht, teneinde te onderzoeken of we op deze wijze zicht kunnen krijgen op dingen die 'niet goed gaan' in de huisartspraktijk, en daarmee samenhangende factoren. De Nationale Studie is een registratie-onderzoek naar morbiditeit en verrichtingen in de Nederlandse huisartspraktijk. Aan de hand van voorgestructureerde formulieren en met behulp van duidelijk omschreven codes, zijn bijna vierhonderduizend contacten van patiënten met de huisartspraktijk geregistreerd. Voor de klachten en diagnoses is daarbij gebruik gemaakt van de International Classification of Primary Care (ICPC) (hoofdstuk 8).
2. Voor de ontwikkeling van een systeem om te leren van fouten hebben we onze kennis van onderzoeks- en ontwikkelingsmethoden ter beschikking gesteld aan huisartsen. Enige honderden van hen zijn op verschillende wijze betrokken bij de ontwikkelingen van een systeem voor het functioneren van een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg huisartspraktijk (MIP) (hoofdstuk 9).
3. Ten slotte hebben we geëxperimenteerd met verschillende methoden om 'incidenten' te melden. Vanwege eerder genoemde redenen met betrekking tot vorming en invoering van innovaties hebben we een zeer ruime omschrijving van 'fouten' gegeven, waarbij we het gehele begrip zelfs hebben vervangen door 'incidenten'. De deelnemende huisartsen konden in feite door hun meldingen een eigen precisering aan dit begrip geven.
   Een van de onderzochte meldmogelijkheden was binnen een bestaand registratieproject, waarin we een jaar lang geparticipeerd hebben. De registrerende huisartsen hebben alle incidenten die zij in hun praktijk meemaakten geregistreerd. We hebben de onderzochte meldmogelijkheden geëvalueerd op hun vermogen om inzicht in de aard en het aantal incidenten te verkrijgen (hoofdstuk 10).

Na deze drie onderzoeken binnen de eerste stap van de preventie-trias zijn we verdergegaan met stap twee: het analyseren van fouten. Daartoe hebben we casuïstiek uit de interviews, literatuur en verslagen van het Tuchtcollege verzameld en onderzocht op foutenbronnen en mogelijkheden om deze fouten in de toekomst te voorkómen (hoofdstuk 11).

Literatuur

1 Casparie A.F., Hoe toets je kwaliteit? Kwaliteitsborging. Intercollegiale versus externe toetsing. *Patient Care* 1993; 20: 20-3.
2 Conradi M.H., *Fouten van huisartsen*. Groningen: Vakgroep Gezondheidswetenschappen Rijksuniversiteit Groningen, 1987.
3 Schadé E., Het bestuderen van de doodsoorzaken bij patiënten in de huisartspraktijk; de opzet van een toetsing. *Ned T Geneesk* 1981; 125: 1414-7.
4 Pelt-Termeer A.M.M. van, F.A. van den Berg, Hoe heeft het kunnen gebeuren? Beoordeling van fouten en bijna-ongelukken in een toetsgroep. *Huisarts Wet* 1995; 38: 7-9, 29.
5 Vincent C.A., Research into medical accidents: a case of negligence? *BMJ* 1989; 299: 1150-3.
6 Rogers E.M., *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press, 1983.
7 Horder J., N. Bosanquet, B. Stocking, Ways of influencing the behaviour of general practitioners. *J R Coll Gen Pract* 1986; 36: 517-21.
8 Spiegal N., E. Murphy, A. KinmonthF. Ross, J. Bain, R. Coates, Managing change in general practice: a step by step guide. *BMJ* 1992; 304: 231-4.
9 Röling N., The emergence of knowledge systems thinking: a changing perception of relationships among innovation, knowledge process and configuration. *Knowledge and Policy: the International Journal of Knowledge Transfer and Utilization*, 1992; 5: 42-64.

8 Complicaties en bijwerkingen: Een probleem in de huisartspraktijk?

Dit hoofdstuk is aangeboden als: Conradi M.H., K. Groenier, J. HuttenJ. Schuling, T. Tijmstra, B. Meyboom-de Jong, *Complications and side-effects. Is it a problem in general practice?*

SAMENVATTING

Aan de hand van een secundaire analyse van gegevens uit de 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' van het NIVEL hebben we getracht inzicht te verkrijgen in de aard en de omvang van iatrogene aandoeningen in de huisartspraktijk. In dit registratieproject zijn bijna 360.000 contacten van patiënten met 161 huisartsen met behulp van de International Classification of Primary Care (ICPC) geregistreerd. We hebben ons beperkt tot 'bijwerking geneesmiddelen' en 'complicaties medisch handelen'. In 2 procent van alle contacten blijkt dit door de huisarts als diagnose gesteld of overwogen te zijn. Bij de betrokken patiënten is er twee keer zo vaak als gemiddeld sprake van enigerlei mate van levensbedreiging of invalidering.
Hiermee vormen deze twee vormen van iatrogene schade een belangrijk probleem in de huisartspraktijk.

8.1 Inleiding

Huisartsen maken fouten, patiënten kunnen zieker worden door een behandeling.[1] De grootte en ernst van dit probleem is niet bekend, want er wordt nauwelijks onderzoek gedaan naar fouten en iatrogene schade in de huisartspraktijk.[2] Daarom willen we nagaan of we inzicht kunnen krijgen in het vóórkomen van schadelijke aspecten van de huisartsenzorg, door een secundaire analyse uit te voeren van de gegevens uit een grootschalig registratieproject naar morbiditeit in de huisartspraktijk, 'de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk'.

Onze vraagstelling was:
- welke aspecten van iatrogene schade zijn met behulp van een secundaire analyse op de gegevens van de 'Nationale Studie' te kwantificeren?
- hoe vaak wordt een huisarts met deze te kwantificeren aspecten van iatrogene schade in zijn dagelijkse praktijk geconfronteerd?
- wat zijn de kenmerken van de betrokken patiënten?

8.2 Methode

De Nationale Studie – Wij hebben gebruik gemaakt van gegevens uit de 'Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk', een registratieproject uitgevoerd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns-gezondheidszorg (NIVEL).[3,4] In de 'Nationale Studie' zijn in 103 huisartspraktijken met 161 huisartsen en 335.000 patiënten gedurende drie maanden alle contacten van de patiënten met de huisartspraktijk met behulp van een uitgebreide versie van de International Classification of Primary Care (ICPC) geregistreerd.[4] De huisartsen zijn gekozen met behulp van een aselect niet-proportioneel gestratificeerde steekproef uit het bestand van alle praktizerend huisartsen in Nederland. Om spreiding over de seizoenen te verkrijgen is het jaar opgedeeld in vier periodes van elk drie maanden. De praktijken zijn gelijkelijk verdeeld over deze vier periodes. Van elk contact werd op een voorgestructureerd formulier de volgende informatie genoteerd:
- Gegevens over het contact (duur, spreekuur/visite, eerste contact/herhaalcontact);
- Klachten (Reason For Encounter, RFE) en diagnose(s), en de zekerheid erover. Er konden maximaal drie afzonderlijke RFE's en diagnoses worden gecodeerd;
- De mate waarin de huisarts de klacht levensbedreigend en invaliderend vond;
- Eventuele onderliggende ziekten en problemen, waaronder ook gerelateerde operatie of ziekenhuisopname;
- Verrichtingen, medicatie, verwijzingen en eventueel de behandelend specialist;
- Personalia van de patiënt.

De huisartsen vulden deze gegevens in. Veldwerkers codeerden aan de hand van de ICPC de klachten (RFE) en de (waarschijnlijkheids)diagnoses zoals de huisartsen die hadden opgeschreven.

Binnen de ICPC zijn twee begrippen die een deel van de iatrogene schade vastleggen, namelijk: 'bijwerkingen van geneesmiddelen' en 'complicaties van medisch handelen'. Deze begrippen hebben beide betrekking op het *resultaat* van de geboden zorg; ze beschrijven een ongewenste uitkomst van de zorg, zowel van de voorgeschreven medicijnen als van het verrichte medisch handelen. Begrippen waarbij het *proces* van zorgverlening negatief beoordeeld wordt, zoals bijvoorbeeld 'fout', zijn met behulp van dit ICPC registratie-project niet te meten.[5] Of de regels in het proces van zorgverlening zijn overtreden, blijft dus onbekend. De ICPC-categorieën 'bijwerkingen' (A-85) en 'complicaties' (A-87) zijn in de 'Nationale Studie' elk weer opgedeeld in drie subcategorieën:[4]

- De code A-85 gelabeld 'adverse effect medical agent proper dose' (bijwerking geneesmiddelen, juiste dosering) is binnen de 'Nationale Studie' onderscheiden in:
  A-85.1: bijwerking geneesmiddel: allergie;
  A-85.2: bijwerking orale anticonceptie (pil);
  A-85.9: bijwerking geneesmiddel: overige.
- A-87 gelabeld 'complication surgery/medical treatment, X-ray' (complicaties medisch handelen) is onderverdeeld in:
  A-87.1: complicaties medisch handelen: hematoom;
  A-87.2: complicaties medisch handelen: wondafwijking;
  A-87.9: complicaties medisch handelen: overige.

In de 'Nationale Studie' zijn 386.000 contacten van patiënten met huisartsen of assistentes geregistreerd. Hieronder presenteren we uitsluitend de contacten met huisartsen. De resultaten worden op contactniveau gepresenteerd, niet op episodeniveau.De gegevens zijn gestandaardiseerd met behulp van wegingsfactoren en gegeneraliseerd voor de gehele Nederlandse bevolking.

8.3 Resultaten

8.3.1 Contacten

Uit tabel 8.1 blijkt dat huisartsen in Nederland in drie maanden in meer dan 236.000 contacten de diagnose 'bijwerking' of 'complicatie' overwegen of stellen. In bijna 125.000 contacten is dit de diagnose 'overige complicaties' (A–87.9).

Tabel 8.1: Aantal contacten in drie maanden in Nederland waarbinnen A-85 of A-87 als (een van de (mogelijke)) diagnose(s) door de huisarts wordt overwogen of gesteld

	n contacten: 'Nationale Studie'	Nederland	percentage van alle contacten in Nederland
bijwerkingen geneesmiddelen			
A-85.1 allergie	412	19.131	0,16%
A-85.2 pil	591	22.974	0,20
A-85.9 overige	1495	56.243	0,48 +
totaal A-85 bijwerkingen	2498	98.348	0,83
complicaties medisch handelen			
A-87.1 hematoom	49	1.428	0,01
A-87.2 wondafwijking	294	11.538	0,10
A-87.9 overige	3260	124.751	1,06 +
totaal A-87 complicaties	3603	137.717	1,17
TOTAAL bijwerkingen en complicaties	6101	236.065	2,00
TOTAAL aantal contacten in Nederland met de huisarts in drie maanden		11.779.650	100%

8.3.2 Bijwerkingen medicijnen A-85

Welke medicijnen het meest frequent bijwerkingen geven is niet te achterhalen. Het is namelijk niet vast te stellen welk medicijn de in het contact besproken bijwerkingen veroorzaakte, maar alleen welke medicijnen zijn voorgeschreven in het contact (of voorgaande contact) waarin de 'bijwerking' ter sprake kwam.
Het is eveneens niet mogelijk gebleken vast te stellen bij welke diagnoses deze bijwerkingen optreden. Het is namelijk niet duidelijk of de geregistreerde *diagnose* een beschrijving is van de bijwerking of dat de *behandeling van deze diagnose* resulteerde in de bijwerking. Een voorbeeld: bij de allergische reactie op een geneesmiddel, is de meest gestelde nevendiagnose 'urticaria'. Was 'urticaria' echter het gevolg van medicatie, òf de diagnose waarbij de behandeling een complicatie tot gevolg had (bijvoorbeeld sufheid)? Hoeveel vrouwen die de 'pil' gebruiken hier

bijwerkingen van ondervinden, kunnen we niet berekenen, omdat de registratie-periode drie maanden was, en de pil vaak voor zes maanden wordt verstrekt, maar soms ook voor drie maanden. De noemer kunnen we hier dus niet berekenen.
Vrouwen komen vaker met ’allergieën’ (61,4%) en ’overige bijwerkingen van medicijnen’ (67,2%) dan mannen. Er blijkt een duidelijke verband tussen leeftijd en bij de huisarts komen met bijwerkingen van medicijnen; hoe ouder hoe meer bijwerkingen geregistreerd zijn. Respectievelijk 24,6% (’allergie’) en 42,9% (’overige’) van de contacten waarin de huisarts bijwerkingen als diagnose stelt of overweegt, is met patiënten van 65 jaar en ouder.

8.3.3 Complicaties medisch handelen A-87
Onder de patiënten met een ’hematoom’ zijn mannen oververtegenwoordigd (56,3%). Meer dan 40 procent van deze patiënten is 65 jaar of ouder (40,2%). Ongeveer een kwart van de patiënten is tevoren vanwege een opname en/of operatie in het ziekenhuis geweest: 20,5% is geopereerd en 4,7% behoeft nazorg voor een ziekenhuisopname.
Van de patiënten bij wie een ’wondafwijking’ optreedt, zijn deze percentages vergelijkbaar: 19,5% is geopereerd en 7,9% krijgt nazorg voor een ziekenhuisopname. Vrouwen zijn hierin oververtegenwoordigd (63,4%) en 18,3% van deze patiënten is 65 jaar of ouder. Hier is de grootste groep patiënten tussen de 45 en 65 jaar (40,1%). Van alle patiënten bij wie als (een van de) diagnose(s) ’overige complicaties medisch handelen’ is geconstateerd, is 25,5% tevoren geopereerd en krijgt 9,1% nazorg vanwege een opname in het ziekenhuis. Een derde van de patiënten die met complicaties gezien worden is 65 jaar of ouder (34,0%), 61,6% is 45 jaar of ouder. Vrouwen komen vaker met complicaties bij de huisarts dan mannen (58,0% respectievelijk 42,0%).
Ten slotte hebben we onderzocht bij welke diagnoses deze complicaties optreden. Evenals bij ’bijwerkingen’ was dit moeilijk na te gaan, behalve voor de grote groep ’overige complicaties’. Hierbij is duidelijk dat de therapie voor de nevendiagnoses waarschijnlijk de complicaties heeft veroorzaakt. In tabel 8.2 staat de top-10 van nevendiagnoses. Alleen bij ’pernicieuze anaemie’ kan getwijfeld worden of het *diagnose* is, bijvoorbeeld met als bijwerking een stijve arm na vit.B12-injectie, òf een *complicatie*, bijvoorbeeld na een maagoperatie. Voor het overige lijken het diagnoses te zijn waarbij de behandeling resulteerde in complicaties.

Tabel 8.2: De top-10 nevendiagnoses waarbij de behandeling resulteerde in ’overige complicaties’ (percentages).

1)	hernia nuclei pulposi	4,4
2)	overige complicaties	3,8
3)	maligne neoplasma mamma	2,9
4)	CVA	2,3
5)	maligne neoplasma colon	2,0
6)	heupklachten	1,8
7)	coronair sclerose	1,5
8)	knieklachten	1,5
9)	overige ziekten bewegingsapparaat	1,4
10)	pernicieuze anaemie	1,2

8.3.4 Ernst van de bijwerkingen / complicaties
In tabel 8.3 is te lezen hoe de artsen de mate van levensbedreiging en de mate van invaliditeit inschatten bij patiënten die contacten hebben waarbij (ook) bijwerkingen en complicaties geconstateerd of overwogen worden. In 6,1% van deze contacten is er sprake van een ernstige tot zeer levensbedreigende situatie, in 26,9% van lichte tot sterke invalidering. Ter vergelijking zijn de gemiddelde totaalcijfers uit de ’Nationale Studie’ vermeld.

Tabel 8.3: De mate van levensbedreiging en invalidering

De mate van levensbedreiging in contacten waarin van complicatie of bijwerking sprake is, in procenten

	Nat. Studie Totaal	A-85/87 tezamen	complicaties hema-toom	complicaties wond-afwijking	complicaties overige	bijwerkingen allergie	bijwerkingen pil	bijwerkingen ov.
zeer levensbedreigend	0,7	1,0	-	1,2	1,4	0,2	-	1,0
levensbedreigend	0,5	1,5	-	-	2,0	-	-	1,8
ernstig	1,6	3,6	6,1	3,7	4,4	2,1	-	3,7
licht	3,1	5,8	15,0	3,7	7,5	3,8	1,0	4,9
onschuldig	61,7	77,4	67,8	76,8	75,8	74,9	92,9	75,5
nvt/niet ingevuld*	32,4	10,7	11,1	14,6	9,0	18,9	6,1	13,1

De mate van *invalidering* in contacten waarin van complicatie of bijwerking sprake is, in procenten

	Nat. Studie Totaal	A-85/87 tezamen	complicaties hema-toom	complicaties wond-afwijking	complicaties overige	bijwerkingen allergie	bijwerkingen pil	bijwerkingen ov.
sterk invaliderend	0,9	1,7	2,6	3,4	2,1	0,1	0,4	1,4
matig invaliderend	1,3	3,3	0,5	1,9	5,0	0,1	0,4	2,3
beperkt invaliderend	4,1	8,3	14,6	4,6	12,1	3,0	0,7	5,5
licht invaliderend	7,5	13,5	16,3	10,8	15,0	7,6	15,0	12,1
niet invaliderend	53,7	62,2	54,9	64,7	56,6	70,7	77,0	65,4
nvt/niet ingevuld*	32,5	10,9	11,1	14,6	9,2	18,5	6,5	13,3

* de categorie n.v.t. / niet ingevuld is niet at random verdeeld over de andere categorieën. Waarschijnlijk is deze in dit geval expres niet ingevuld, namelijk omdat er geen sprake van levensbedreiging of invalidering is. Deze categorie kan dus niet als 'invalid' gekenschetst worden, waarna de overige categorieën tot 100 procent gesommeerd, 'valid percentages' zouden zijn.

8.4 Beschouwing

Getracht is een gedeelte van de onverwachte en ongewenste gevolgen van zorg die in de huisartspraktijk gepresenteerd wordt, in maat en getal uit te drukken. Hierdoor kan duidelijk worden hoe groot het probleem is, en op welke facetten de preventie van complicaties en bijwerkingen zich met name moet richten. De registratie blijkt minder concrete gegevens op te leveren dan we hadden gehoopt: de ICPC-codering is hier niet op toegesneden en een beoordeling van proces en resultaat is niet goed uit te voeren. Vaak was niet duidelijk of de geregistreerde nevendiagnose een nadere toelichting was op de complicatie of bijwerking, of dat de complicatie of bijwerking het gevolg was van de behandeling van de nevendiagnose.
Ondanks genoemde beperkingen kunnen we op basis van de resultaten de conclusie trekken dat huisartsen in Nederland in 2 procent van alle contacten de diagnose 'bijwerkingen' of 'complicaties' overwegen of stellen. Deze bevindingen stroken met resultaten uit ander niet geheel vergelijkbaar onderzoek. In ziekenhuizen in de Verenigde Staten blijkt dat in 3,7 procent van alle opnames de patiënt schade leidt door medisch handelen. Veertien procent van deze patiënten overleed (mede) hierdoor.[6] Uit eerder onderzoek in de huisartspraktijk kan afgeleid worden dat medische complicaties of bijwerkingen van geneesmiddelen de belangrijkste contactreden vormen in 1 tot 3 procent van de arts-patiëntcontacten.[7,8] In een Nederlandse huisartspraktijk heeft de huisarts gemiddeld 800 contacten per 1000 patiënten per drie maanden.[9] In een normpraktijk met 2350 patiënten, betekent dat ongeveer 145 patiëntcontacten per week. Gemiddeld overweegt of stelt een huisarts dus eens per één à twee dagen de diagnose 'bijwerkingen' of 'complicaties'. Daarmee is dit een frequent voorkomend probleem in de huisartspraktijk.[4]
Opmerkelijk is de mate van levensbedreiging en invalidering die de huisartsen scoorden in de contacten met bijwerkingen en complicaties: de percentages zijn ongeveer twee keer zo hoog als in de andere contacten uit de 'Nationale Studie'. Vooral bij de 'overige complicaties' is sprake van een verhoogde mate van levensbedreiging en invalidering. We weten echter niet of de bijwerking of complicatie de oorzaak waren van de levensbedreiging of invalidering, of veroorzaakt werden door de ziekte waarbij de complicaties of bijwerkingen optraden. Uitsluitend bij de

’overige complicaties’ is duidelijk dat deze voortkomen uit de nevendiagnoses. Hieruit blijkt dat het merendeels ernstige aandoeningen betreft met deels een ingrijpende therapie. Geen van deze diagnoses behoort tot de twintig meest voorkomende diagnoses in de huisartspraktijk in Nederland.[4]

Er is een duidelijke samenhang tussen ’bijwerking of complicatie’ en leeftijd en geslacht. Huisartsen overwegen of stellen bijna twee keer zo vaak de diagnose ’bijwerking of complicatie’ bij vrouwen als bij mannen. Weliswaar hebben vrouwen meer contacten met huisartsen dan mannen, maar ook na correctie hiervoor zijn vrouwen oververtegenwoordigd. Ook bejaarden worden vaak met ’bijwerkingen en complicaties’ geconfronteerd. Dat is ook uit ander onderzoek bekend.[10]

Het lijkt aannemelijk dat de huisarts vaak een soort ’vangnetfunctie’ vervult voor de gespecialiseerde zorg. Bij ongeveer een kwart van de contacten waarin ’complicaties van medisch handelen’ door de huisarts is overwogen, was de patiënt tevoren geopereerd. Bijna 10 procent van de patiënten behoefde nazorg na een ziekenhuisopname.

Wat de ’bijwerkingen’ en de ’complicaties’ precies behelsden is onbekend. Voor gerichte preventie zouden de exacte details bekend moeten zijn; nu kunnen we er uitsluitend op wijzen dat iatrogene schade in de huisartspraktijk een niet te verwaarlozen probleem vormt en samengaat met een grote mate van levensbedreiging en invalidering.

Deze resultaten geven aan dat nader systematisch onderzoek naar het vóórkomen van iatrogene schade in de huisartspraktijk dringend gewenst is. Aangezien steeds meer huisartsen hun patiëntengegevens met een Huisarts Informatie Systeem geautomatiseerd verwerken, en de coderingen van klachten en diagnoses daarin veelal volgens de ICPC verlopen, bevelen wij aan om een module te ontwikkelen die gekoppeld kan worden aan de ICPC. Hierin zouden de uitkomsten van de zorgverlening gecodeerd moeten worden zodat deze direct gerelateerd kunnen worden aan de diagnoses en zorgverlening. Gegevens over bijwerkingen van medicatie moeten direct gekoppeld zijn aan de voorgeschreven medicatie.

Om de preventie van iatrogene schade in de toekomst effectief en efficiënt te laten verlopen, wordt dit nadere onderzoek met klem aanbevolen. Niet in het minst omdat dit anders een onderwerp blijft waarover slechts in schimmige bewoordingen gesproken kan worden.

8.5 Literatuur

1 Conradi M.H., J. Schuling, H. Mulder. Fouten in de huisartspraktijk 1. De fouten. *Huisarts Wet* 1988; 31: 222-7. [Hoofdstuk 3]

2 Conradi M.H., *Fouten van huisartsen*. [Dissertatie]. Rijks Universiteit Groningen: 1995 [in druk].

3 Foets M., J. van der Velden, Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), 1990.

4 Velden J. van der, e.a., *Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk.* Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), 1991.

5 Duijn N.P. van, B. Meyboom-de Jong, Tussen gouden standaard en gouden kalf. Functie en toepassing van NHG-standaarden [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1995; 38: 3-6.

6 Brennan T.A., L.L. Leape, N.M. Laird et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Eng J Med* 1991; 324: 370-6.

7 Mulroy R., Iatrogenic disease in a general practice: its incidence and effects. *BMJ* 1973; 2: 407-10.

8 Lamberts H., H.J. Brouwer, J. Mohrs, *Reason for encounter-, episode- and process-oriented standard output from the Transition project.* Amsterdam: Department of general practice/family medicine, 1991.

9 Groenewegen P.P., D.H. de Bakker, J. van der Velden, *Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Verrichtingen in de huisartspraktijk.* Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), 1992.

10 Meyboom-de Jong B., *Bejaarde patiënten, een onderzoek in 12 huisartspraktijken.* Lelystad: Meditekst, 1989.

9 Naar een model voor de preventie van fouten in de huisartspraktijk.

Dit is de vertaling van: Conradi M.H. e.a., Towards a model on prevention of errors in general practice. Eerder verschenen in *The International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 1994, Volume 6/1, pp. 47-56, Amsterdam, Elsevier Science

"Errors need to be recorded and to be analysed if we are to discover why they occurred and how they could have been prevented." Neil McIntyre, Karl Popper.[1]

SAMENVATTING

Huisartsen maken net als iedereen fouten. Om te komen tot preventie van fouten of 'incidenten', is in samenspraak met de beroepsgroep een model voor een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg huisartspraktijk ontwikkeld. Huisartsen kunnen incidenten melden aan deze commissie. Die analyseert de incidenten en gaat na hoe herhaling voorkomen kan worden. De commissie brengt vervolgens rapport uit aan de betrokken huisarts en indien wenselijk aan de gehele beroepsgroep.
Na interviews met 20 deskundigen en een Delphi procedure met 20 huisartsen is een enquête onder 600 huisartsen gehouden. Uit de enquête blijkt 83 procent van de respondenten van mening dat een dergelijke commissie ingesteld moet worden. Men verwacht dat het instellen van een Meldingscommissie het aanzien van de huisartsgeneeskunde ten goede zal komen (69%) en dat dit een belangrijke bijdrage kan leveren aan de preventie van incidenten in de huisartspraktijk (71%). De overgrote meerderheid zegt ook incidenten te zullen melden (89%).
Hoewel een grote meerderheid van de huisartsen voorstander is van het installeren van een Meldingscommissie, valt te verwachten dat in de praktijk psychische verdedigingsmechanismen een storende invloed op het daadwerkelijk melden door huisartsen zullen hebben.
Onze conclusie is dat huisartsen voorstander zijn van het invoeren van een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg.

9.1 Inleiding

Alle artsen maken fouten, ook alle huisartsen maken fouten. Bij het analyseren van 500 sterfgevallen in een huisartspraktijk, vonden Tudor Hart en Humphryes in 45 gevallen tekortkomingen van de huisarts.[2] Uit een exploratief onderzoek dat wij onder 17 huisartsen uitvoerden, bleek dat èlke huisarts minstens eens in zijn loopbaan een fout maakt met ernstige gevolgen voor de patiënt.[3] Echter, door allerlei verdedigingsmechanismen worden zulke fouten bijna nooit onderling besproken door huisartsen.[4] Dat dit het leren van fouten verhindert en daarmee het voorkomen ervan belemmert, is evident. Leren van onderzoek is ook niet mogelijk, omdat er bijna geen literatuur is over dit onderwerp. Vincent noemt dit gebrek aan aandacht voor fouten in de geneeskunde 'nalatigheid'.[5]
Gesteund door de besturen van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisarts Genootschap, is een onderzoek gestart naar de mogelijkheden om een systeem ter preventie van incidenten in de huisartspraktijk in te voeren.[6] De FONA-commissies (Fouten Ongelukken en Near Accidents), MIP-commissies (Melding Incidenten Patiëntenzorg) of 'Meldingscommissies' in de Nederlandse ziekenhuizen zijn hierbij als uitgangspunt genomen.
Voordat we ons onderzoek startten moesten we een linguïstisch probleem oplossen. Wanneer een arts een fout met ernstige gevolgen voor de patiënt maakt, treden diverse verdedigingsmechanismen in werking. Een daarvan is het gebeurde als 'niet-fout' te definiëren.[7] En omdat er geen duidelijk concept is van wat 'fout' is, is het moeilijk over fouten te praten.[8] Voor huisartsen geldt hetzelfde. Als er al over fouten wordt gepraat, is dat eerst over definities.[3] Vandaar dat een discussie over oorzaak en vermijdbaarheid vaak verzandt in een discussie over wat een fout is. Om deze problemen te omzeilen, hanteren wij de term 'incident': 'een ongelukkige gebeurtenis, die onder optimale condities geen deel uitmaakt van het beloop van een ziekte of zijn behandeling'.
Aan een aantal condities moet worden voldaan, wil een Meldingscommissie inderdaad incidenten kunnen voorkomen:

- *Melden:* incidenten dienen gemeld te worden;
- *Analyse:* de Commissie analyseert de incidenten op mogelijkheden die de kans op herhaling verkleinen of uitsluiten;
- *Feedback:* de bevindingen van de Commissie zullen teruggekoppeld worden naar de huisartsen.

Naar verwachting zullen huisartsen, net als anderen, geen gebruik maken van een systeem waarin ze geen vertrouwen hebben, of wat hen geen voordelen biedt.[9] Daarom moeten huisartsen zelf bepalen of er een dergelijk systeem dient te komen, en hoe dit systeem er uit moet zien. Vandaar dat we eerst onderzoek hebben gedaan naar de wensen van de huisartsen op dit gebied.
In dit onderzoek hebben we geprobeerd de volgende vragen te beantwoorden:
- Hoe moet een systeem voor de preventie van incidenten er volgens huisartsen uitzien?
- Willen huisartsen dat een dergelijk systeem ingevoerd wordt en zullen ze er gebruik van gaan maken?

9.2 Methode

9.2.1 Inventarisatie van mogelijkheden
Na een literatuurstudie, zijn door middel van open interviews met twintig deskundigen, de mogelijkheden voor een systeem ter preventie van incidenten geïnventariseerd. Bijna allen waren (huis)arts, werkzaam in de huisartspraktijk, ziekenhuizen, universiteiten, ziektekostenverzekeringen en de Geneeskundige Inspectie. We zijn gestopt met het benaderen van nieuwe respondenten toen er geen nieuwe gezichtspunten meer naar voren werden gebracht.[10]

9.2.2 Ontwikkeling van het model
Vervolgens hebben we 25 praktizerend huisartsen benaderd om deel te nemen aan een ‘Delphi procedure’, bestaande uit twee schriftelijke rondes en één afsluitende bijeenkomst. De huisartsen zijn geselecteerd op deskundigheid en interesse betreffende het onderwerp. In deze Delphi procedure is het systeem nader vormgegeven. De huisartsen hebben in de eerste ronde hun mening gegeven over de aan hen voorgelegde mogelijkheden, afkomstig uit de literatuur en de interviews. De deelnemers zijn in de gelegenheid gesteld om hieraan zelf mogelijkheden toe te voegen. De keuzes met motiveringen zijn vervolgens verwerkt en nogmaals aan hen voorgelegd. Consensus was bereikt wanneer meer dan 75 procent van de respondenten dezelfde keuze had gemaakt. In de slotbijeenkomst is over een aantal geschilpunten nader gediscussieerd. Het doel van deze werkwijze was om de kennis, ervaringen en verwachtingen van de meest terzake kundigen te bundelen en door middel van (anonieme) reflectie op een hoger niveau te brengen.[11]

9.2.3 Haalbaarheid van het model
Het hieruit voortkomende systeem is met de keuzemogelijkheden in een enquête aan 600 huisartsen voorgelegd. Hieraan is een aantal stellingen toegevoegd over het nut en gebruik van een dergelijk systeem. Ten slotte is gevraagd of de huisartsen voor of tegen de invoering van dit systeem waren.
Voor de enquête zijn twee at random steekproeven getrokken:
- 300 huisartsen uit het Noord-Oosten van Nederland (ongeveer een derde van alle praktizerend huisartsen in dit gebied), waar een dergelijk systeem mogelijkerwijs beproefd zal worden. In theorieën over verspreiding en invoering van innovaties wordt gesteld dat een grote betrokkenheid een positieve invloed op de implementatie heeft.[12]
- 300 huisartsen uit geheel Nederland (inclusief Noord-Oost Nederland).

Vanwege de verwachte gevoeligheid van het onderwerp is de enquête absoluut anoniem gehouden, zodat een onderzoek onder de non-respondenten niet mogelijk was.

9.2.4 Analyse
In de enquête is met vijf-puntschalen gewerkt. Deze zijn in de analyse samengevoegd tot drie-puntschalen, waarbij de categorieën ’helemaal eens’ en ’eens’ zijn samengevoegd, evenals ’helemaal oneens’ en ’oneens’. De neutrale categorie was ’eens noch oneens’. De grenswaarde voor het aannemen of verwerpen van een mogelijkheid was vastgesteld op 50 procent, oftewel een item is geaccepteerd als meer dan 50 procent van de respondenten het ermee eens was en het is verworpen als meer dan 50 procent het ermee oneens was.

9.3 Resultaten

9.3.1 Respons
(1) Alle twintig deskundigen die voor de *interviews* zijn benaderd hebben hieraan deelgenomen.

(2) Van de 25 huisartsen die benaderd zijn voor deelname aan de Delphi procedure, hebben twintig huisartsen aan de twee schriftelijke rondes deelgenomen. Twaalf van hen bezochten de slotbijeenkomst.
(3) De respons op de enquête is 54 procent. In Noord-Oost Nederland was de respons iets hoger (56%) dan in geheel Nederland (53%). Wat betreft de keuzes waren er geen belangrijke verschillen tussen deze groepen. In de verdere analyses zijn deze groepen samengevoegd. Wat betreft leeftijd, sexe en praktijkvorm waren er geen grote verschillen tussen de respondenten en de gehele groep Nederlandse huisartsen.[6,13]

9.3.2 Resultaten

(1) Interviews - inventarisatie van mogelijkheden

Het door de twintig deskundigen meest aangestipte probleem was dat huisartsen zeer wantrouwig tegenover een dergelijk systeem zullen staan en er geen gebruik van zullen maken. Er dient dus veel aandacht te zijn voor de geheimhouding en vertrouwelijkheid van de gegevens. Bovendien was het volgens de deskundigen van groot belang dat de huisartsen het als een 'eigen' systeem ervaren en niet van 'bovenaf' opgelegd.

Tabel 9.1 Instemming van de respondenten op de vraag: 'Wie moeten incidenten kunnen melden?' In percentages (aantallen)
(percentages zijn afgerond; het totaal hoeft niet 100% te zijn.
Missing data zijn niet meegeteld in de percentages.)

	(geheel) eens	eens noch oneens	(geheel) oneens
de bij het incident betrokken huisarts	98 (314)	2 (5)	0 (1)
de bij het incident betrokken patiënt	65 (202)	10 (32)	24 (75)
specialist over de betrokken huisarts	38 (117)	17 (53)	45 (139)
andere huisarts over de bij het incident betrokken huisarts	37 (113)	18 (56)	45 (140)
assistente over de betrokken huisarts	15 (45)	12 (38)	73 (223)

(2 + 3) Delphi en enquête – Modelontwikkeling en – haalbaarheid

De resultaten van Delphi en enquête zijn opgesplitst naar de bovengenoemde condities, namelijk (A) melden, (B) analyse van incidenten en (C) feedback van de bevindingen.

(A) melden van incidenten. De deskundige huisartsen van de Delphi procedure en de at random geselecteerde huisartsen van de enquête waren unaniem in hun keuze, behalve wat betreft één item: volgens de respondenten in de enquête kunnen incidenten gemeld worden zowel door huisartsen als door de betrokken patiënten (zie tabel 9.1). Het Delphi panel heeft zich hier tegen uitgesproken: alleen huisartsen zouden incidenten moeten rapporteren (Vanaf hier worden de keuzes uit de Delphi procedure niet meer vermeld, aangezien deze verder gelijk zijn aan de keuzes in de enquête). De respondenten prefereerden het om incidenten aan een vertrouwensarts te melden (80%). Een vertrouwensarts is een arts aan wie bepaalde zwaar beladen zaken gemeld kunnen worden (b.v. kindermishandeling), zonder dat de justitie ingelicht wordt. De vertrouwensarts waarborgt de geheimhouding en anonimiteit van degene die meldt. Een dergelijke functionaris is verkozen boven een voorzitter van de Commissie (67%). Het melden van fouten aan een secretaresse van de Commissie wordt afgewezen (60% oneens).
Van de respondenten was 96 procent het ermee eens dat als een incident hadden gemeld, een vertrouwensarts de mogelijkheid zou moeten hebben om contact met hen op te nemen om gedetailleerdere informatie over het incident te verkrijgen. Anoniem melden aan de Commissie zou niet mogelijk moeten zijn volgens 65 procent van de respondenten.

Tabel 9.2: Instemming van de respondenten op de vraag: 'Wie moeten zitting hebben in de Meldingscommissie?' In percentages (aantallen)

	(geheel) eens	eens noch oneens	(geheel) oneens
meerdere ervaren praktizerend huisartsen	91 (287)	7 (21)	2 (7)
vertrouwensarts	86 (275)	6 (18)	8 (26)
specialist met deskundigheid betreffende het gemelde incident	61 (186)	24 (74)	15 (46)
gedragswetenschapper/psycholoog	52 (161)	30 (91)	18 (55)
apotheker	52 (162)	29 (89)	20 (61)
jurist	46 (145)	21 (67)	33 (103)
hoogleraar huisartsgeneeskunde	39 (121)	42 (134)	18 (57)
vertegenwoordiger patiëntenorganisatie	27 (84)	21 (65)	53 (165)
vertegenwoordiger huisartsen-opleiding	17 (54)	31 (96)	52 (160)
doktersassistente	16 (50)	19 (59)	65 (203)
wijkverpleegkundige	11 (35)	21 (65)	68 (210)
psychiater	10 (32)	31 (94)	59 (181)

(B) Analyse. Het Delphi panel heeft een aantal functionarissen genoemd die zitting zouden kunnen hebben in de Commissie die de gemelde incidenten analyseert. In de enquête hebben de respondenten aangegeven in hoeverre zij het ermee (on)eens zijn dat de betreffende functies vertegenwoordigd zouden zijn in de Commissie (Tabel 9.2). Volgens de respondenten zouden meerdere ervaren praktizerend huisartsen, een vertrouwensarts, een specialist met deskundigheid betreffende het gemelde incident, een gedragswetenschapper/psycholoog en een apotheker zitting moeten hebben in de Commissie.

(C) Feedback. Na analyse moet de Commissie de bevindingen in ieder geval aan de betrokken huisarts terugrapporteren. Volgens de enquête moet dit schriftelijk gebeuren (91% eens), of mondeling door de vertrouwensarts (59% eens). Een nascholingsbespreking door de vertrouwensarts in de waarneemgroep bij wijze van feedback aan de betrokken huisarts waardeert men niet positief (44% oneens, 24% eens). Evenwel, 60 procent was het er mee eens dat de betrokken huisarts zou moeten beslissen hoe de bevindingen van de Commissie worden gerapporteerd. De feedback aan de gehele beroepsgroep zou als volgt moeten geschieden:

- als casusbespreking in een vaktijdschrift (86% eens);
- in een nascholingsprogramma gericht op de preventie van incidenten (83% eens);
- als overzichtsartikelen met meer algemene bevindingen in een vaktijdschrift (76% eens).

Tabel 9.3: Instemming van de respondenten op de vraag: 'Aan welke instanties zou de Meldingscommissie beleidssignalen moet geven?' In percentages (aantallen)

	(geheel) eens	eens noch	(geheel) oneens oneens
de Stichting of Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen	80 (258)	10 (33)	9 (30)
de Geneeskundige Inspectie	80 (257)	11 (34)	10 (33)
de Landelijke Huisartsen Vereniging	75 (240)	14 (44)	11 (35)
de beroepsopleiding tot huisarts	71 (228)	18 (59)	11 (36)
het Nederlands Huisartsen Genootschap	69 (218)	18 (58)	12 (39)
de Plaatselijke of Regionale Huisartsen Vereniging	66 (212)	17 (53)	17 (56)
een afdeling huisartsgeneeskunde van een Universiteit	50*(153)	26 (81)	24 (74)
het ministerie van WVC	27 (86)	27 (85)	46 (148)
de ziektekostenverzekeraars	8 (27)	19 (60)	73 (233)

*Niet afgerond is dit 49,7%, dus onder de 50% grens

Ten slotte zou de Commissie relevante instanties advies kunnen geven. Dit zal altijd informatie op geaggregeerd niveau betreffen; huisarts en casus worden hierbij nooit apart vermeld. Uit tabel 9.3 blijkt dat de diverse instanties van de beroepsgroep zelf beleidssignalen dienen te krijgen, evenals de Inspectie. Aan de ziektekostenverzekeraars zouden geen beleidssignalen gegeven mogen worden.

De respondenten beschouwden deze Meldingscommissie belangrijk voor de preventie van incidenten, en stelden incidenten te zullen melden aan de Commissie en van de adviezen kennis te zullen nemen (Tabel 9.4).

Tabel 9.4: Instemming van de respondenten met de volgende stellingen. In percentages (aantallen)

	(geheel) eens	eens noch oneens	(geheel) oneens
Het instellen van een MIP kan een belangrijke bijdrage leveren aan de preventie van incidenten in de huisartspraktijk	71 (232)	22 (70)	7 (23)
Binnen de Nederlandse huisartsgeneeskunde is het effectiever om mogelijke oorzaken voor incidenteel slechte zorg weg te nemen, dan de goede zorg nog verder te verbeteren	51 (162)	31 (99)	19 (59)
Het instellen van een MIP ten behoeve van de huisartsgeneeskunde zal het aanzien van de huisartsgeneeskunde ten goede komen	69 (222)	24 (78)	7 (24)
Het instellen van een MIP ten behoeve van de huisartsgeneeskunde zal het vertrouwen van de patiënten in de huisarts vergroten	39 (125)	42 (135)	20 (65)
Als er een MIP wordt ingesteld zal ik, indien het zich voordoet, incidenten melden	89 (288)	10 (32)	2 (5)
Ik zal de adviezen van de meldingscommissie over preventie van incidenten zeker lezen	99 (320)	2 (5)	0 (0)
Adviezen uit de MIP zouden van invloed kunnen zijn op mijn handelen.	91 (297)	7 (23)	2 (5)

Tot slot bleken de meeste huisartsen voorstander van de de facto invoering van een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg in de huisartspraktijk (Tabel 9.5).

Tabel 9.5: Instemming van de respondenten op de vraag: 'Moet er een meldingscommissie worden ingesteld?'
In percentages (aantallen)

Bent u van mening dat een Meldingscommissie (MIP) die functioneert op de wijze die u in de voorafgaande vragen heeft aangegeven, in de huisartsgeneeskunde ingesteld moet worden?

ja	: 83 (269)
nee	: 6 (18)
geen mening	: 11 (37)
totaal	:100 (324)
missing	: 1 (2)

9.4 Beschouwing

De respons op de enquête was niet afwijkend van die van andere schriftelijke enquêtes onder huisartsen in Nederland.[14] Bovendien verschilden de respondenten wat betreft persoonskenmerken nauwelijks van de gehele groep Nederlandse huisartsen. Het is dus onwaarschijnlijk dat slechts een zeer selecte groep huisartsen heeft gerespondeerd, en dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn naar de gehele beroepsgroep in Nederland.
Huisartsen stelden dat zij willen dat er een systeem wordt ingevoerd waarin incidenten geïnventariseerd en geanalyseerd worden, waarna zij advies krijgen hoe deze incidenten mogelijkerwijs in de toekomst te voorkomen zijn. In de Appendix is samengevat hoe dit systeem er volgens de meerderheid van de respondenten uit zou moeten zien.
De keuzes werden gesteund door meer dan 50 procent van alle responderende huisartsen in de enquête. Bovendien zijn alle keuzes op één na, ook ondersteund door de deskundige huisartsen uit het Delphi panel. Daarom moet met deze keuzes rekening gehouden worden wanneer de Commissie daadwerkelijk ingevoerd wordt in de huisartspraktijk. Het enige item waarover onenigheid was, betrof de mogelijkheid dat niet alleen huisartsen, maar ook patiënten aan de Commissie zouden kunnen melden. Het lijkt raadzaam voorzichtig te

zijn patiënten te laten melden aan de Commissie; het Delphi panel vreesde dat hierdoor onduidelijkheid bij de huisartsen zou ontstaan over het doel van dit systeem, wat uiteindelijk tot de mislukking ervan zou kunnen leiden. Per slot van rekening kunnen patiënten incidenten aan andere instanties melden.
De huisartsen stelden dit model belangrijk te vinden voor kwaliteitsbewaking en dat ze er ook gebruik van zullen maken. Het gaat hierbij echter om gerapporteerd en verwacht gedrag. Het is bekend dat er grote verschillen zijn tussen gerapporteerd gedrag en werkelijk gedrag. Deze verschillen worden groter wanneer er sprake is van een beladen, sterk normatief gekleurd onderwerp, zoals in dit geval.
Wat voor incidenten er gemeld moeten gaan worden, is nog niet geheel duidelijk. In de Delphi procedure zijn hier wel aanbevelingen over gedaan, maar in de slotbijeenkomst is voortdurend naar voren gebracht dat aangezien de huisarts degene is die meldt, deze ook degene is die bepaalt of iets als incident beschouwd moet worden. Een eventuele inperking en/of categorisering van wat precies onder incident verstaan moet worden, kan naar onze mening het beste gemaakt worden aan de hand van gemelde incidenten en de bevindingen van de Meldingscommissie. Anders kunnen de genoemde afweermechanismen tot gevolg hebben dat er een langdurige vruchteloze discussie ontstaat over wat een incident is, en dat zal het melden van incidenten belemmeren.
Met dit onderzoek is een eerste stap gezet op de weg van daadwerkelijke preventie van incidenten in de huisartspraktijk. De beroepsgroep zelf heeft de richting bepaald (Met dank aan Hans Sportel en Hettie Suurd voor hun aandeel in de Delphi procedure).

9/5 Literatuur

1 McIntyre N., K. Popper, The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *BMJ* 1983; 287: 1919-23.
2 Tudor Hart J., C. Humphryes, Be your own coroner: an audit of 500 consecutive deaths in a general practice. *BMJ* 1987; 294: 871-4.
3 Conradi M.H., J. Schuling, H. Mulder, Fouten in de huisartsenpraktijk 1. De fouten. *Huisarts Wet* 1988; 31: 222-7. [Hoofdstuk 3]
4 Conradi M.H., H. Mulder, J. Schuling, Fouten in de huisartsenpraktijk 2. Na de fout. *Huisarts Wet* 1988; 31: 288-99, 307. [Hoofdstuk 4]
5 Vincent C.A., Research into medical accidents: a case of negligence? *BMJ* 1989; 299: 1150-3.
6 Conradi M.H., J. Schuling, M. de Bruijn, *Melding incidenten patiëntenzorg huisartsgeneeskunde*. Eindverslag. Groningen: Rijks Universiteit Groningen, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1992.
7 Mizrahi T., Managing medical mistakes: ideology, insularity and accountability among internists-in-training. *Soc Sci Med* 1984; 19: 135-46.
8 Stelling J., R. Bucher, Vocabularies of realism in professional socialization. *Soc Sci Med* 1973; 7: 661-75.
9 Rogers E.M., *Diffusion of innovations.* New York: The Free Press, 1983.
10 Douglas J.D., *Creative interviewing.* Beverly Hills: SAGA Publications Inc., 1985.
11 Linstone H., M. Turoff (eds). *The Delphi method techniques and applications*. Massachusetts: Addison Wesley Publishing Comp., 1975.
12 Wapenaar H.,N.G. Röling, A.W. van der Ban, *Basisboek voorlichtingskunde.* Meppel: Boom, 1990.
13 Hingstman L., J.B. Pool, *Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 1992. Samenvatting.* Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1992.
14 Van der Wouden J.C., L. Hingstman, A.J. Elzinga, De medewerking van huisartsen aan postenquêtes. *TSG* 1988; 66: 379-81.

Appendix

Melden: Huisartsen en patiënten melden de incidenten waarbij zij betrokken zijn. De incidenten worden aan de vertrouwensarts of eventueel de voorzitter van de commissie gemeld. Anoniem melden is niet mogelijk, en de vertrouwensarts van de commissie kan zonodig de huisarts benaderen teneinde gedetailleerdere informatie over het incident te verkrijgen.
Commissie: In de commissie hebben zitting: meerdere ervaren praktizerend huisartsen, een vertrouwensarts, een specialist met deskundigheid betreffende het gemelde incident, een gedragswetenschapper/psycholoog en een apotheker.
Werkwijze en feedback: De bevindingen van de commissie moeten aan de betrokken huisarts meegedeeld worden (schriftelijk of via de vertrouwensarts). Aan de gehele beroepsgroep moeten de bevindingen door middel van casusbesprekingen en overzichtsartikelen in vaktijdschriften en nascholingsprogramma’s gerapporteerd worden. Beleidssignalen kan de commissie geven aan de beroepsorganisaties en de Geneeskundige Inspectie.

10 Naar preventie van fouten in de huisartspraktijk: een vergelijking van verschillende meldingssystemen.

Eerder gepubliceerd als: Conradi M. e.a., Naar preventie van fouten in de huisartspraktijk. Een vergelijking van verschillende meldingssystemen. *Huisarts Wet* 1994; 37: 381-6.

SAMENVATTING

In de huisartspraktijk zijn geen registratiesystemen voor incidenten. In ziekenhuizen bestaan deze wel, maar op hun functioneren bestaat veel kritiek. Om een meldingssysteem voor incidenten in de huisartspraktijk voor te bereiden, zijn verschillende meldingsvormen getest en is onderzocht wat de respons was en welke factoren hierop van invloed waren. In totaal namen 49 artsen deel aan het experiment, van wie er 22 samen 50 incidenten meldden. De gemelde incidenten waren zeer divers van inhoud. De belangrijkste bevorderende factoren voor het melden bleken het zich door regelmatige confrontatie met het begrip 'incident' bewust worden van eigen incidenten, en het vertrouwen van de melders in de anonimiteit en vertrouwelijkheid van de meldprocedure. Leren praten over incidenten zal bevorderend zijn voor de bewustwording en het daadwerkelijk melden. In de huisartsopleiding wordt hier al enige aandacht aan geschonken.

10.1 Inleiding

In de gezondheidszorg worden fouten gemaakt, ook door huisartsen.[1-3] Om fouten in de huisartspraktijk te voorkomen, is het noodzakelijk inzicht te krijgen in aard en aantal van deze fouten. Een van de mogelijkheden hiertoe is huisartsen zelf de gemaakte fouten te laten registreren, maar hiermee is nog geen ervaring opgedaan.
In ziekenhuizen zijn voor dit doel FONA-commissies (FONA = Fouten, Ongelukken, Near Accidents; MIP = Melding Incidenten Patiëntenzorg). ingesteld, maar er is veel kritiek op hun functioneren.[4-6] De meeste meldingen worden door verpleegkundigen gedaan, en deze hebben voor het overgrote deel betrekking op valpartijen en verkeerd uitgedeelde medicijnen.[7] Volgens velen vormen deze meldingen slechts het topje van de ijsberg.[4,8]
De oorzaken van het niet-optimaal functioneren van de FONA-commissies worden gezocht in een slecht omschreven taakstelling en een ondoorzichtig functioneren. Ook bestaat onduidelijkheid over geheimhouding en verschoningsrecht in relatie tot tucht- en strafrechtzaken.[9 10] Bovendien is er binnen de onderzoekstaak van de commissie vaak een (ogenschijnlijke) vermenging van vermijdbaarheid en verwijtbaarheid.[11] De naam FONA, waarin over *fouten* gesproken wordt, is daarom ook veranderd in het neutralere MIP, waarin men het heeft over *incidenten*.[12] Andere kritiek heeft betrekking op de samenstelling van de commissies en het lang of zelfs geheel uitblijven van feedback over hun bevindingen.[7]
Wie een MIP- of FONA-commissie in de huisartspraktijk wil introduceren, zal lering moeten trekken uit de ervaringen in de ziekenhuizen en rekening moeten houden met de wensen van huisartsen. Daarom hebben wij – in samenspraak met huisartsen – een aan de huisartsensituatie aangepaste vorm van melden ontwikkeld. Hierdoor werd de introductie niet van bovenaf opgelegd, maar kwam zij voort uit de huisartsen zelf.
Voor de ontwikkeling van een MIP-commissie in de huisartspraktijk hebben wij, ondersteund door de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsgenootschap (NHG), onder meer een opinie-onderzoek onder huisartsen uitgevoerd. Hierin hebben we de bereidheid incidenten te melden gepeild, en de wensen ten aanzien van de werkwijze van een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg Huisartspraktijk gebundeld.[13] Tegelijkertijd zijn we al gestart met kleinschalige experimenten met verschillende vormen van melden.
Met betrekking tot het melden hebben we de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Om de introductie van een FONA- of MIP-commissie in de huisartspraktijk niet bij voorbaat te laten mislukken, hebben we gekozen voor de neutrale term 'incident'. Deze term wordt in de VS gehanteerd en is in Nederland geïntroduceerd door de Geneeskundige Inspectie.[14] Een incident is 'een ongelukkige gebeurtenis die onder optimale condities geen deel uitmaakt van het beloop van een ziekte of de behandeling daarvan en die tot schade heeft geleid voor de patiënt en/of de arts-patiënt relatie'.

- ’Near accidents’ of bijna-ongelukken hebben we niet laten melden, omdat we in eerste instantie wilden onderzoeken of zaken die werkelijk fout gingen, gemeld werden.

In onze experimenten hebben we geprobeerd antwoord te krijgen op de volgende vragen:
- In welke mate melden huisartsen incidenten, wat is de inhoud van die incidenten, en in hoeverre is er behoefte aan feedback?
- Wat zijn de ervaringen met een aantal verschillende meldingsstructuren?

10.2 Methode

Op drie manieren is huisartsen gevraagd incidenten te melden:
– meteen na een incident melding doen aan een ’vertrouwens-huisarts’; dit gebeurde in drie verschillende groepen;
– via een wekelijks in te vullen standaardformulier binnen een peilstationproject;
– retrospectief door middel van een enquête.

Drie groepen
1. Een huisarts-onderzoeker introduceerde het project bij een *groep huisartsen-in-opleiding*. Deze twaalf haio’s kregen eerst het onderwijsprogramma *Omgaan met fouten* gepresenteerd.[15] Daarna werden zij mondeling uitgenodigd tot deelname; zij kregen daarbij een meldingsformulier en het meldprotocol uitgereikt. Incidenten konden schriftelijk of mondeling, zowel telefonisch als vis-à-vis, aan de onderzoeker worden gemeld. Naar behoefte kon de betreffende haio feedback van de onderzoeker krijgen.
Na drie en vijf maanden ontvingen de haio’s een tussentijds verslag en werden zij aangemoedigd door te gaan met melden.
2. Een huisarts-onderzoeker introduceerde het onderwerp in de eigen *waarneemgroep*, bestaande uit zeven huisartsen. Indien incidenten hadden plaatsgevonden, en indien degene die bij het incident betrokken was dit wenste, werd het incident besproken in het wekelijks waarneemoverleg. De melding geschiedde daarna schriftelijk aan een andere huisarts-onderzoeker, die geen deel uitmaakte van de waarneemgroep.
Deze groep ontving ook na drie en vijf maanden een tussentijds verslag. In de waarneemgroep werd het onderwerp regelmatig expliciet aan de orde gesteld door de huisarts-onderzoeker die deel van deze groep uitmaakte.
3. Een huisarts-onderzoeker verzocht elf *’losse’ huisartsen* uit tien verschillende praktijken mondeling incidenten te melden. Deze huisartsen waren uitgezocht op basis van persoonlijke bekendheid en een inschatting van hun betrokkenheid bij het onderwerp. Allen waren als *opleider* betrokken bij de huisartsopleiding; verder was er geen bindende factor. Na toezegging tot deelname ontvingen deze huisartsen het meldprotocol en enkele meldingsformulieren. De meldprocedure en het tussentijds verslag waren hetzelfde als voor de haio-groep.
Na een half jaar werd aan alle leden van deze drie groepen een kort evaluatieformulier verzonden met open vragen over de redenen van niet-melden en eventuele problemen bij het wel melden. Hiermee werd de meldperiode afgesloten. Omdat de onderzoekers direct of indirect betrokken waren bij deze groepen, was het bovendien mogelijk op informele wijze ervaringen met betrekking tot het (niet) melden te verzamelen.

Peilstationproject
Het Huisartsen-peilstationproject Groningen is een samenwerkingsproject van de GGD Groningen Stad en Ommelanden, de RHV-Groningen en Omstreken en de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. Telkens gedurende een jaar worden vier of vijf onderwerpen geregistreerd door de deelnemende huisartsen. In 1992 was ’incident in de patiëntenzorg’ een van die onderwerpen; de andere onderwerpen waren: ’werkonderbreking en gepresenteerde klachten’, ’(verdenking op) reumatoïde arthritis’, ’acute, onverwachte natuurlijke dood’ en ’(poging tot) suïcide’.
In een eerste introductie in de groep werden deze onderwerpen besproken en konden de deelnemers enige invloed uitoefenen op de manier van registreren. Vervolgens werd een maand op proef geregistreerd. Daarna werden de gesignaleerde problemen betreffende het registreren besproken en werd met de definitieve registratie begonnen. Elf huisartsen leverden gedurende het

gehele jaar wekelijks een registratieformulier in. Over elk onderwerp waren gesloten en open vragen opgenomen. Over ’incident in de patiëntenzorg’ waren vragen opgenomen over de patiënt (leeftijd en geslacht), dag van de week, tijdstip, door wie de huisarts zich bewust werd van het incident, wie bij het incident betrokken waren, de aanleiding tot het incident en de nadelige gevolgen. Op de laatste vier vragen konden twee of meer antwoorden ingevuld worden. Voor een korte omschrijving van het incident was één regel op het formulier beschikbaar.

Enquête
Ten slotte is, zonder mondelinge introductie, aan 22 huisartsen (die betrokken waren geweest bij een afgesloten Delphi procedure over dit onderwerp) een enquête gestuurd. In deze enquête waren vier voorbeelden van incidenten vermeld. Deze voorbeelden hadden betrekking op:

– een verschrijving in een recept;
– ongecontroleerde herhalingen van een recept;
– het niet honoreren van een verzoek om een visite;
– het twee jaar lang missen van een basaalcelcarcinoom.

Na elk voorbeeld was een formulier opgenomen waarop de huisarts melding kon maken van een incident dat hij zich had herinnerd. De formulieren konden naar een huisarts-onderzoeker teruggestuurd worden.

Verschillen
De grootste verschillen tussen de meldmogelijkheden waren:

- De mate waarin de huisartsen geattendeerd werden op de mogelijkheid incidenten te melden. In het peilstationproject gebeurde dit zeer frequent, doordat wekelijks een registratieformulier moest worden ingestuurd. In de waarneemgroep gebeurde dit tijdens het waarneemgroepoverleg. De deelnemers in de haio-groep en de opleidersgroep werden uitsluitend na drie en vijf maanden nogmaals geattendeerd op de meldmogelijkheid.
- De tijd die inmiddels verstreken was: in de retrospectieve enquête konden ook gebeurtenissen van langer geleden worden gemeld; in de andere gevallen ging het om recente incidenten.

Vertrouwelijkheid
De vertrouwelijkheid van de meldingen in de groepen en in de enquête was geoptimaliseerd, doordat de meldingen gedaan werden aan een ’vertrouwens-huisarts’, die de gegevens geanonimiseerd doorgaf aan de andere projectleden. Bij de werving van de deelnemers was bovendien afgesproken dat afzonderlijke incidenten niet geopenbaard zouden worden; het ging tenslotte om het melden zelf, niet om de preventie van de gemelde incidenten. Ter illustratie hebben we op *pagina* ***382*** enkele gemelde incidenten beschreven; de betrokken huisartsen hebben hiervoor toestemming verleend. Daarnaast kunnen we op geaggregeerd niveau iets over de inhoud van de incidenten vermelden, met name over de incidenten die in het peilstationproject zijn gemeld.
In het peilstationproject was de vertrouwelijkheid op dezelfde wijze geregeld als bij de andere onderwerpen. De formulieren werden wekelijks opgestuurd naar de GGD, waar ze onder strikte geheimhouding werden verwerkt.[16]

10.3 Resultaten

10.3.1 Deelname
In de *groepen* wilde iedereen meedoen, behalve één haio die het aanzien van de beroepsgroep niet wilde schaden, en één opleider die het te druk had (*tabel*). Van de evaluatieformulieren die na een half jaar aan deze 28 huisartsen werden verzonden, zijn er vijf teruggestuurd.
In het *peilstationproject* stuurden de elf huisartsen allen gedurende het gehele jaar (behalve tijdens hun afwezigheid) wekelijks de formulieren in. Van de aan de 22 huisartsen verzonden *enquêteformulieren* kwamen er tien terug. Op vijf formulieren waren incidenten ingevuld.

10.3.2 Aantallen gemelde incidenten
In totaal werden 50 incidenten gemeld door 22 van de 49 deelnemers (*tabel*). In de drie groepen meldden 8 van de 28 huisartsen (in opleiding) samen 10 incidenten; 3 van de 4 meldingen van opleiders waren afkomstig van twee huisartsen uit dezelfde praktijk. Negen van de 11 huisartsen van het

peilstationproject meldden in totaal 30 incidenten; het maximum aantal meldingen per huisarts bedroeg 8. Op geleide van de voorbeelden in de enquête meldden 5 huisartsen samen 10 incidenten; 5 andere huisartsen zeiden zich geen incidenten te herinneren.

10.3.3 Inhoud van de incidenten

Groepen. Drie incidenten hadden betrekking op fouten met de medicatie: twee verkeerde voorschriften, eenmaal de toediening van een verkeerde stof. In twee gevallen was een verkeerde diagnose gesteld. Twee keer was er sprake van een melding over een collega-arts (beiden geen huisarts). Eenmaal was een behandeling niet correct toegepast en eenmaal was de huisarts vergeten een patiënt te bezoeken. Eenmaal was de aard van het incident niet eenduidig uit de melding op te maken.

De gevolgen voor de patiënt varieerden van geen gevolgen tot een delay van 2,5 jaar. Geen van deze incidenten had blijvende schade voor de patiënt tot gevolg gehad.

Peilstationproject. De meldingen betroffen:

- bedreiging door een junk;
- patiënt vindt dat huisarts hem naar verkeerde specialist stuurde (verkeerd behandeld);
- patiënt eist fysiotherapie, huisarts weigert;
- patiënt verwijt huisarts gebrek aan belangstelling;
- overleden ondanks visites;
- na ongeval op de röntgenfoto geen afwijking; later bleek er toch een fractuur te zijn.

Uit de beschrijvingen van de incidenten blijkt dat er geregeld sprake was van een conflictsituatie. In twaalf van de dertig gevallen worden woorden gebruikt die hiernaar verwijzen: twee keer was er sprake van 'ruzie', drie keer 'verweet' een patiënt een huisarts iets, twee keer 'eiste' een patiënt iets van een huisarts en verder was een patiënt 'boos', 'woedend', 'des duivels', 'gedroeg zich onbehoorlijk' of 'bedreigde' de huisarts.

Er waren precies evenveel mannelijke als vrouwelijke patiënten bij de gerapporteerde incidenten betrokken. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 49 jaar. Twaalf van de dertig patiënten waren ouder dan zestig jaar.

Zestien van de dertig incidenten vonden op donderdag en vrijdag plaats, en één incident in het weekend. Vijf incidenten gebeurden buiten kantooruren (na 18.00 uur en voor 8.00 uur).

De informatie die ertoe leidde dat de huisarts zich bewust werd van het incident, was achttien maal door de patiënt gegeven en twee keer door diens omgeving. 'De huisarts zelf' werd zes keer ingevuld, 'de assistente', 'collega-huisartsen' en 'specialisten' elk drie keer, 'anderen' eenmaal.

De personen die bij dit incident waren betrokken, waren de eigen huisarts (24 keer genoemd), de assistent(e) (6), een andere huisarts (5), een specialist (5) en overigen (1).

De aanleiding tot een incident was meestal een probleem in de communicatie (19), een onjuiste diagnose (6) of een probleem in de organisatie (5). Een interventie (3) of juist het nalaten ervan (2) vormde in mindere mate aanleiding tot het incident. Er werden vijf overige aanleidingen genoemd.

Bij problemen in de communicatie waren met name de huisarts (14) en de assistente (5) betrokken. Tweemaal ging het om een communicatieprobleem tussen de patiënt en een specialist, en tweemaal tussen de patiënt en iemand anders.

De gevolgen van de incidenten waren vooral gelegen in een verstoring van de arts-patiënt relatie (17). In acht gevallen was er sprake van onnodig tijdverlies (doctor's delay); in zeven gevallen lagen de gevolgen voor de patiënt op het lichamelijke, in zes gevallen op het psychische vlak.

Enquête. Zes incidenten werden gemeld naar aanleiding van de twee voorbeelden die betrekking hadden op medicatie: verkeerd voorgeschreven medicijnen of ongecontroleerde herhaalreceptuur. Tweemaal had een huisarts een carcinoom niet (op tijd) herkend; één patiënt was hieraan overleden. Eén huisarts herinnerde zich een keer ten onrechte niet op een verzoek voor een huisbezoek te zijn ingegaan; het patiëntje bleek later meningitis te hebben en heeft hieraan mogelijk restverschijnselen overgehouden. Ten slotte was er een incident waarbij een assistente een verzoek voor een visite niet op korte termijn kon honoreren, waarna de patiënt zelfstandig naar het ziekenhuis ging.

10.3.4 Behoefte aan feedback

Geen van de huisartsen (in opleiding) vroeg om feedback. Uit schriftelijke en mondelinge opmerkingen hierover bleek dat het voor de meldende artsen zonneklaar was wat de oorzaak van het incident was geweest, en of (en hoe) dit in de toekomst te voorkomen zou zijn.

10.3.5 Ervaringen met het melden

Groepen. Vier van de vijf deelnemers die het evaluatieformulier hadden geretourneerd, hadden geen incidenten gemeld, omdat ze in het voorafgaande halfjaar geen incidenten hadden gesignaleerd. De vijfde had het erg moeilijk gevonden het incident kort en bondig te verwoorden. Bovendien vond hij het begrip ’incident’ verwarrend en lastig te hanteren.
In de haio-groep werden op de wekelijkse onderwijsdagen tijdens het ’spuien’ geregeld gebeurtenissen besproken die wij ’incident’ zouden noemen. Uit informele gesprekken bleek dat de haio’s er moeite mee hadden een incident ’officieel’ binnen de opleiding te melden, ondanks de toegezegde anonimiteit.
Peilstationproject. Bij de introductie werd duidelijk dat dit onderwerp gevoelig lag bij de registrerende huisartsen. Na enig wikken en wegen werd besloten geen incidenten van collega’s (specialisten en huisartsen) te registreren, maar uitsluitend ’eigen’ incidenten. Ook de mogelijkheid dit onderwerp helemaal niet te registreren werd aan de orde gesteld. Het draagvlak voor dit onderwerp was dus niet erg groot; tijdens de registratieperiode lieten sommige huisartsen dit ook merken.
Enquête. Volgens signalen die wij van deze respondenten ontvingen, was het feit dat ze reeds langdurig hadden deelgenomen aan een Delphi-procedure over dit onderwerp, zeker debet aan de non-respons. Men was het onderwerp enigszins moe.

10.4 Beschouwing

De bereidheid tot deelname in de groepen was groot; de meeste deelnemers waren erg enthousiast over het onderwerp. In het peilstationproject was het enthousiasme minder groot, maar besloot men het onderwerp toch te registreren. De respons op de retrospectieve enquête was iets lager dan de gemiddelde respons op enquêtes onder huisartsen[17]; de respons op de evaluatie was zeer laag.
De wijze van verzamelen en de aantallen gemelde incidenten maken dat we zeer voorzichtig moeten zijn met het trekken van conclusies. De conclusies die we hieronder formuleren, moeten dan ook gezien worden als zeer voorlopig; nader onderzoek zal licht moeten werpen op hun geldigheid.

10.4.1 Aantal meldingen

In totaal werden door de 38 huisartsen en 11 haio’s 50 incidenten gemeld. Van de huisartsen meldde meer dan de helft een incident, van de haio’s slechts twee. Als we ons beperken tot de groepen en het peilstationproject, gaat het om 17 van de 39 deelnemende huisartsen (in opleiding) die samen 40 incidenten meldden. Omgerekend komt dat neer op ruim één melding van een incident per huisarts per jaar. In Noord-Nederland (waar deze experimenten zijn uitgevoerd) zou dat meer dan 1000 meldingen per jaar betekenen. De huisartsen die aan deze experimenten hebben meegedaan, waren overigens wel extra gemotiveerd. Uit de experimenten blijkt het volgende:

- De potentiële melders moeten vertrouwen hebben in de absolute geheimhouding van de gemelde incidenten.
- De frequentie van incidenten is zo laag, dat hierdoor niet snel een meldroutine ontstaat. Regelmatig een herinnering sturen, lijkt noodzakelijk.
- Onduidelijkheid over wat precies onder een incident verstaan moet worden, heeft een belemmerende rol gespeeld. Uit ander onderzoek is echter bekend dat (huis)artsen zelf geen duidelijke en eenduidige terminologie hebben voor fouten, missers, incidenten en dergelijke.[3, 18, 19]
- Een mogelijke verklaring voor de grote inter-doktervariatie in het aantal gemelde incidenten kan gelegen zijn in psychologische verdedigingsmechanismen, zoals ontkenning en verdringing.[20]

10.4.2 Aard van de gemelde incidenten

Uit de gemelde incidenten zijn de volgende gevolgtrekkingen te maken:

- Niet alle meldingen waren volgens onze definitie incidenten, bijvoorbeeld omdat er geen sprake was van schade aan de patiënt of de arts-patiënt relatie.
- De ernst van de schade van de incidenten lijkt in de retrospectieve enquête groter dan in de overige meldstructuren. Ondanks verdringing en ontkenning, zijn het misschien juist de fouten met de ernstigste gevolgen die de arts het langst bijblijven. De incidenten die in de groepen en het peilstationproject zijn gemeld, zullen waarschijnlijk een betrouwbaarder beeld geven van wat er dagelijks misgaat in de huisartspraktijk.
- Er zijn veel incidenten gemeld waarbij de arts-patiënt relatie of de medicatie in het geding was. Bij beide soorten incidenten kan de schuld gedeeld worden met een ander – respectievelijk de patiënt en de apotheker. Hierdoor zijn dergelijke incidenten waarschijnlijk minder bedreigend om te melden. Anderzijds is denkbaar dat deze incidenten hierdoor vertekend weergegeven zijn.[20] Bij medicatiefouten speelt verder een rol dat het hier eigenlijk om 'gewone verschrijvingen' gaat.[21]

Hier dringt zich een analogie met de ziekenhuissituatie op: daar worden veel valpartijen en medicatiefouten gemeld, in de huisartspraktijk veel conflicten en medicatiefouten. Bij valpartijen speelt de patiënt – net als bij conflicten – ook een rol, al is die wat minder actief. Gezien de frequentie waarmee medicijnen uitgedeeld of voorgeschreven worden, is het onvermijdelijk dat daarbij fouten worden gemaakt.

10.4.3 Factoren die met incidenten samenhangen

Uit het peilstationproject kan een aantal conclusies over de gemelde incidenten worden getrokken:
- De patiënt was meestal degene die de huisarts bewust maakte van het incident.
- De betrokken patiënten waren ouder dan gemiddeld. Dit komt overeen met observaties uit ander onderzoek over het vóórkomen van incidenten.[22]
- De meeste incidenten vonden aan het einde van de week plaats. Wellicht speelt vermoeidheid hierbij een rol.
- De meeste incidenten zijn het gevolg van problemen in de communicatie. Relatief vaak is er sprake van een conflictsituatie tussen patiënt en huisarts. Ook de gevolgen zijn meestal gelegen in een verstoring van de arts-patiënt relatie.

Casuïstiek

Een patiënte van 44 jaar met verscheidene chronische aandoeningen en een hoge medische consumptie, brengt 's morgens vanwege buikklachten een flesje urine. De urine blijkt schoon, wat haar tussen de middag op het telefonisch spreekuur wordt meegedeeld. In verband met de aanhoudende buikklachten belooft de dokter aan het eind van de middag even langs te komen. Die middag is het erg hectisch in de praktijk en het spreekuur loopt uiteindelijk uit tot zeven uur 's avonds. De arts heeft geen dienst en moet onmiddellijk na het spreekuur naar huis om op zijn kinderen te passen. In al deze praktijk- en privé-drukte vergeet hij de patiënte te bezoeken. 's Avonds om negen uur wordt hij door de waarnemer gebeld die hem op de vergeten visite wijst. De visite is niet meer nodig, want de waarnemer heeft de patiënte inmiddels laten opnemen in het ziekenhuis. De patiënte blijkt een streng-ileus te hebben waaraan ze geopereerd wordt. Er zijn geen restverschijnselen.

Een patiënt van 38 jaar oud, komt op het spreekuur wegens een wratje naast de mediale linker ooghoek. De huisarts stipt het element aan met vloeibare stikstof. Na drie en zes maanden komt de patiënt nog eens terug, omdat er een klein recidief is ontstaan; de behandeling wordt herhaald.
Een jaar later komt hij opnieuw terug en nu stuurt de huisarts hem door naar de dermatoloog, die een basaalcelcarcinoom constateert. Dit wordt verwijderd.

10.4.4 Feedback

Het feit dat geen enkele maal om feedback is gevraagd, vormt een indicatie voor de mate waarin de oorzaak en mogelijke preventie van de gemelde incidenten voor de betrokken huisartsen duidelijk waren. Er kan echter ook

sprake zijn van blinde vlekken bij de huisartsen, waardoor eigen feilen niet herkend worden en het incident onvoldoende wordt geanalyseerd. Ook kunnen verdedigingsmechanismen een rol spelen.

10.4.5 Aanbevelingen

- In de huisartsopleiding moet aandacht besteed worden aan communicatieve vaardigheden. In dat kader is een training in de afhandeling van incidenten wenselijk.
- Het onderwerp moet regelmatig onder de aandacht van artsen worden gebracht.
- Van het melden mag geen enkele bedreiging uitgaan; geheimhouding moet gegarandeerd zijn.
- Er moet duidelijkheid zijn over wat er wel en niet gemeld kan worden. Daarbij valt te overwegen ook ’near accidents’ te melden; het schadecriterium kan dan vervallen. Bovendien vinden ’near accidents’ vaker plaats en kan het efficiënt zijn om te analyseren welke factoren maken dat een ’near accident’ zich niet ontwikkelt tot een schadelijke gebeurtenis.[23]
- Een groot aantal huisartsen zou de mogelijkheid moeten krijgen om structureel fouten te melden. Op deze wijze kunnen gegevens verzameld worden voor verder onderzoek.
- In de beroepsopleiding zou na de presentatie van het onderwijsprogramma *Omgaan met fouten* ook werkelijk over gemaakte ’fouten’ moeten worden gesproken (Dit onderwijsprogramma is verkrijgbaar bij de Centrale Onderwijsbank (Samenwerkingsverband Huisartsen Opleiding) in Utrecht. Momenteel wordt aan een nieuwe versie gewerkt). Ervaringen die nu ’gespuid’ worden, kunnen dan als fout benoemd en besproken worden. Hierdoor kan een volgende generatie huisartsen gemakkelijker over fouten praten en er lering uit trekken.

10.5 Literatuur

1 Vincent C.A., Research into medical accidents: a case of negligence? *BMJ* 1989; 299: 1150-3.
2 Tudor Hart J., C. Humphryes, Be your own coroner: an audit of 500 consecutive deaths in a general practice. *BMJ* 1987; 294: 871-4.
3 Conradi M.H., J. Schuling, H. Mulder, Fouten in de huisartspraktijk 1. De fouten. *Huisarts Wet* 1988; 31: 222-7. [Hoofdstuk 3]
4 Visser A.Ph., Opinies over ’Kwaliteit van zorg en fouten’: opvattingen van de deelnemers aan het symposium en de reacties van de forumleden. In: L. Boon (red.) *Fouten in de Gezondheidszorg.* Amstelveen: Sympoz, 1988: 91-104.
5 Grijm R., C.F.J. Minderop, A.Th. Schweizer, *De Meldings-(FONA) Commissies in Ziekenhuizen.* Leiden: Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, 1988.
6 Touw P.P.J., Zijn de meldingscommissies in ziekenhuizen effectief bij het voorkomen van ongewenste gebeurtenissen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1990; 134: 1581-83.
7 Casparie A.F., Fouten in ziekenhuizen. *Med Contact* 1989; 44: 147-9.
8 Krol L.J., De beste stuurlui dempen de put. In: R. Grijm, C.F.J. Minderop, A.Th. Schweizer (eds.) *De Meldings-(FONA) Commissies in de Ziekenhuizen.* Leiden: Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, 1988: 77-81.
9 Mijn W.B. van der, Verschoningsrecht: een zaak van zorgvuldig afwegen. *Med Contact* 1986; 38: 1205-7.
10 Poelman A.J.M., Hebben leden van een FONA-commissie een volstrekte geheimhoudingsplicht? *Med Contact* 1986; 38: 1203-4.
11 Casparie A.F., FONA’s en kwaliteit van zorg. In: L. Boon (red.) *Fouten in de Gezondheidszorg*. Amstelveen: Sympoz, 1988: 19-23.
12 Es J.C. van, Meldingscommissies. *Med Contact* 1986; 38: 1199.
13 Conradi M., J. Schuling, M. de Bruijn, *Melding incidenten patiëntenzorg huisartsgeneeskunde.* Eindverslag. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1992.
14 Siemons G.H.A., Risicomanagement als onderdeel van kwaliteitszorg. *Med Contact 1990*; 45: 1443-4.
15 Van Amerongen H.L., J.P. Freriks, *Omgaan met fouten* [Onderwijsprogramma voor de beroepsopleiding tot huisarts]. Rotterdam: Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Erasmus Universiteit, 1988.

16 RHV Groningen en Omstreken, GGD Groningen Stad en Ommelanden. Huisartsenpeilstation Groningen. *Jaarverslag 1992.* Groningen: GGD Groningen Stad en Ommelanden, z.j.
17 Wouden J.C. van der, L. Hingstman, A.L. Elzinga, De medewerking van huisartsen aan postenquêtes. *TSG* 1988; 66: 379-81.
18 Stelling J., R. Bucher, Vocabularies of realism in professional socialization. *Soc Sci Med* 1973; 7: 661-75.
19 Mizrahi T., Managing medical mistakes: ideology, insularity and acountability among internists-in-training. *Soc Sci Med* 1984; 19: 135-46.
20 Conradi M.H., H. Mulder, J. Schuling, Fouten in de huisartspraktijk 2. Na de fout. *Huisarts Wet* 1988; 31: 288-92, 307. [Hoofdstuk 4]
21 Neville R.G., F. Robertson, S. Livingstone, I.K. Crombie, A classification of prescription errors. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 110-2.
22 Meyboom-de Jong B., *Bejaarde patiënten, een onderzoek in 12 huisartspraktijken.* Lelystad: Meditekst, 1989.
23 Schaaf T.W. van der, *Near miss reporting in the chemical process industry.* [Dissertatie]. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven, 1992.

11 Oorzaken van fouten, een opsomming

"As practicing primary-care physicians, then, we work in an impossible situation. Each of the myriad decisions to be made every day has the potential for drastic consequences if it is not determined properly. And it is highly likely that sooner or later we will make the mistake that kills or seriously injures another person." David Hilfiker.[1]

SAMENVATTING

De tweede stap van de preventie-trias is om, met het oog op mogelijkheden tot preventie, de gemelde fouten te categoriseren en analyseren. Vandaar dat we een analyse van foutencasuïstiek hebben uitgevoerd. Enerzijds om te onderzoeken of het mogelijk is op basis van analyses van fouten, foutenbronnen te ontdekken, anderzijds om te onderzoeken of het mogelijk is uit de opgespoorde foutenbronnen preventieve adviezen af te leiden. We hebben per fase (contact, diagnose, therapie en follow-up) de foutenbronnen opgespoord. Deze waren gelegen in:

- emoties van de huisarts, met name binnen de arts-patiëntrelatie;
- kennis en vaardigheden van de huisarts;
- communicatie en feedback binnen de gezondheidszorg;
- bereikbaarheid en beschikbaarheid;
- administratie en informatiegebruik;
- organisatie en management in de praktijk.

Binnen de huisartsgeneeskunde moet vaak op basis van beperkte informatie een juiste keuze gemaakt worden. Dit speelt vooral in de eerste twee fasen van het arts-patiëntcontact:

- in de contactfase: kan het telefonisch afgehandeld worden of moet de patiënt gezien of bezocht worden;
- in de diagnosestelling: is het de meest waarschijnlijke onschuldige aandoening of toch de onwaarschijnlijke maar ernstige aandoening.

We concluderen dat het mogelijk is foutenbronnen op te sporen door fouten te analyseren en dat daarin aanknopingspunten voor preventie besloten liggen.

11.1 Inleiding

In de vorige drie hoofdstukken zijn we ingegaan op de eerste stap in de preventie-trias: inzicht verkrijgen in de aard en de omvang van fouten. De volgende stap is het categoriseren en analyseren van fouten. Om fouten daadwerkelijk te voorkomen, moeten de oorzaken bekend zijn. Wij kennen geen onderzoek waarin oorzaken van fouten in de huisartspraktijk op systematische wijze opgespoord zijn. Hieronder zullen we zelf een analyse naar oorzaken van fouten uitvoeren.
Wij willen daarbij de mogelijke foutenbronnen in de huisartspraktijk identificeren. Naast huisartsen in de gelegenheid te stellen er lering uit te trekken, is het doel ervan vooral om een opsomming van oorzaken van fouten te geven van waaruit verder onderzoek gedaan kan worden. Onze onderzoeksvraag is tweeledig:

- Welke foutenbronnen kunnen we opsporen aan de hand van foutencasuïstiek uit de huisartspraktijk?
- Is het mogelijk om preventieve adviezen te distilleren uit foutencasuïstiek?

Het verschil met hoofdstuk 5 is dat in deze analyse de preventie centraal staat, terwijl in hoofdstuk 5 de beschrijving centraal stond. Dit hoofdstuk kan min of meer beschouwd worden als de preventieve pendant van hoofdstuk 5.

11.2 Methode

Aan de hand van casuïstiek zullen we oorzaken van fouten opsporen. De meeste casuïstiek is afkomstig uit de interviews met de zeventien huisartsen (hoofdstuk 3, 4, 5) (Deze zullen we aanduiden met [interview] als ze nog niet eerder zijn gepubliceerd. Zijn ze wel gepubliceerd, dan verwijzen we naar de betreffende hoofdstukken [hoofdstuk 3] of [hoofdstuk 4]. Bij de andere voorbeelden verwijzen we in de voetnoten naar de betreffende bron). We vullen deze aan met casuïstiek uit tijdschriften, boeken, tuchtverslagen en een enkele keer met een casus die we informeel te horen kregen. Het gaat hier voornamelijk om gebeurtenissen waardoor de patiënt ernstige schade heeft geleden. We hebben deze casus geselecteerd, niet omdat deze representatief zijn voor ’al wat misgaat in de huisartspraktijk’, maar omdat de informatie in het algemeen vollediger en uitgebreider is dan bij kleine foutjes, waarvan de patiënt geen ernstige gevolgen heeft ondervonden. Daarnaast zijn de fouten waardoor patiënten

schade oplopen wat ons betreft ook de fouten die het eerst voor preventie in aanmerking komen.
De analyse is door de auteur uitgevoerd. Hij is geen huisarts. De oorzaken zijn weergegeven zoals de huisartsen ze meedeelden, of zoals in Tuchtuitspraken en andere literatuur zijn weergegeven.
We zullen de casuïstiek analyseren en bespreken in de chronologische volgorde van een modaal arts-patiëntcontact (figuur 1):
- allereerst moet het contact tussen arts en patiënt tot stand komen;
- daarna geeft de patiënt aan waarvoor hij komt en tracht de huisarts door middel van anamnese en onderzoek tot een diagnose te komen. Zonodig vraagt de huisarts aanvullend onderzoek aan om tot een diagnose te komen;
- na een diagnose volgt de therapie of een verwijzing;
- ten slotte zullen huisarts en patiënt zo nodig afspraken maken over het vervolg.

Deze fasering is dezelfde als die gebruikt in hoofdstuk 5.

Figuur 11.1: fases in de huisartsenzorgverlening

totstandkomen van het contact
de diagnostische fase
de therapeutische fase
de follow-up

We volgen deze chronologie, omdat een fout in een eerdere fase doorgaans tot gevolg heeft dat het in de daaropvolgende fases ook verkeerd gaat. Of dat het niet meer tot de volgende fase komt. Preventie van fouten dient dus zo vroeg mogelijk te gebeuren. We zullen ook aandacht schenken aan de in hoofdstuk 6 onderscheiden actoren, voorzover deze een directe rol spelen bij de fouten van huisartsen: de patiënt en zijn naasten, de assistente en de achterwacht, de specialist, de apotheker en medewerkers in laboratoria.

11.3 Resultaten

11.3.1 Fase 1: de contactfase, van bereikbaarheid tot contactomstandigheden

– De patiënt moet de huisarts (of eerst de praktijkassistente, achterwacht of dokterstelefoon) kunnen bereiken. De telefonische *bereikbaarheid* van een huisartspraktijk is niet altijd voldoende. In een huisartspraktijk is de telefoon 's ochtends, wanneer de consulten en visites aangevraagd worden, vaak in gesprek. De meeste praktijken hebben daarom aparte zogenaamde "spoedlijnen", maar er zijn nog praktijken die het zonder doen. Dan bestaat de kans dat het (te) lang duurt voordat een spoedgeval telefonisch doorgegeven kan worden. Buiten de reguliere praktijkuren is het van belang dat de patiënten naar de dienstdoende huisarts verwezen worden. Als de afspraken tussen de huisartsen niet sluitend zijn, kan er onduidelijkheid zijn over wie er dienst heeft zodat patiënten niet of naar de verkeerde arts verwezen worden.[2] Een enkele keer functioneert een antwoordapparaat niet, zodat patiënten niet verwezen worden.
- Vervolgens moet de huisarts *beschikbaar* zijn om de patiënt (binnen redelijke tijd) te woord te staan en/of te zien. Bij de klachten over huisartsen bij het Medisch Tuchtcollege is het 'weigeren van een huisbezoek' een belangrijke categorie.[3] Het betreft hier voornamelijk waarnemend huisartsen, dus huisartsen die dienst hebben.[4] Publiekelijk schijnt de indruk te bestaan dat huisartsen veelvuldig niet bereid zijn om een visite te maken.[5] Naar onze mening is het niet zo dat huisartsen zonder meer visites weigeren. Een huisarts is echter niet bij machte tijdens een dienst bij elke patiënt een huisbezoek af te leggen. Dus moet hij op grond van de telefonische informatie een beslissing nemen: wel of geen visite. Hij zal daartoe allereerst een inschatting van de ernst en urgentie van de situatie moeten maken. Dit soort dagelijkse keuzes, vaak gebaseerd op minimale informatie, vallen weleens verkeerd uit.

De keuze die een huisarts bij een telefonisch contact met een patiënt of diens verzorger moet maken is die tussen:

- een spoedvisite;
- een normale visite diezelfde dag of later;
- een consult op de praktijk;
- of een telefonisch advies.

In casus ***a*** is deze keuze verkeerd geweest.

Casus a:
Een waarnemend huisarts bezoekt op vrijdagmiddag een 78-jarige patiënt met ernstige rugpijn. Na drie minuten onderzoek besluit de arts tot 'spit' en schrijft paracetamol voor. Na drie dagen wordt de huisarts gebeld dat de pijn erger was geworden. Hij adviseert over de telefoon nog een tablet paracetamol te geven. Nadere informatie vraagt de huisarts niet. De patiënt is de volgende morgen overleden, waarschijnlijk aan een aneurysma aortae. De huisarts wordt door het Tuchtcollege berispt. [Bergkamp L, W.H. van Baren, P. Bergkamp et al (red). *Gids jurisprudentie gezondheidsrecht.* Alphen aan den Rijn: Samsom, 1989. TvGR 1992; 14: 111-3].

- De assistente en achterwacht hebben met hetzelfde probleem te maken. Hun keuzemogelijkheden zijn de volgende:
  - de patiënt direct met de huisarts doorverbinden of deze met spoed oproepen;
  - het telefoontje in de loop van de dag doorgeven aan de huisarts;
  - het telefoontje zelf afhandelen.

  In casus ***b*** wordt niet alleen de verkeerde keuze gemaakt, de achterwacht gaat ook op de stoel van de huisarts zitten en geeft het telefoontje bovendien niet aan hem door.

  Casus b:
  Een achterwacht, echtgenote van een huisarts, krijgt een telefoontje van een vader over zijn dochtertje van vijf maanden die hoge koorts heeft. Zonder overleg met de huisarts adviseert de achterwacht kinderaspirine te geven en later op het spreekuur te komen. Zij geeft dit telefoontje niet door aan de huisarts. Later blijkt het kindje meningitis te hebben. De huisarts wordt wegens een 'ernstige fout in de praktijkorganisatie' gewaarschuwd door het Tuchtcollege. [Bergkamp L, W.H. van Baren, P. Bergkamp et al (red.). *Gids jurisprudentie gezondheidsrecht*. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1989.][Vereniging Huisarts Achterwacht. Als de dokter even weg is. 1991.]

- Als er contact is tussen patiënt en huisarts moet er duidelijkheid bij beiden zijn over het karakter van het contact, is dit volgens beiden een volwaardig consult of niet? Een makkelijk voor te stellen fout kan ontstaan in de 'even-tussendoor-contacten' wanneer de patiënt bijvoorbeeld in de supermarkt 'even een vraagje' heeft, waarop de arts antwoordt dat 'het wel niks zal wezen, maar als u zekerheid wilt hebben moet u op het spreekuur komen'. De patiënt kan dit als een volwaardig consult definiëren, de huisarts als een goede afhandeling van geen consult. Sommige patiënten willen namelijk boven alles gerustgesteld worden. Ze proberen de dokter, of assistente/achterwacht een geruststellend antwoord te ontlokken. (casus ***c***) Bij patiënten die zonder afspraak op de praktijk komen kan het ook makkelijk misgaan. (casus ***d***) Andere 'tussendoor' voorbeelden zijn in hoofdstuk 3 vermeld.[6] Een zeer herkenbare fout daarin is casus zes, waarbij een patiënt met een rood oog voortdurend 'even-tussendoor' gezien wordt. Daardoor wordt hij niet goed onderzocht, waardoor het glaucoom te laat ontdekt wordt en de patiënt het zicht in dat oog verliest.

  Casus c:
  "Een mevrouw, een hele verstandige mevrouw en helemaal nooit lastig, een ontwikkelde vrouw. Die kwam op tweede Paasdag 's avonds. Wij hadden Pasen vrij gehad, we kwamen om tien uur 's avonds thuis en meteen stond ze ook op de stoep. 'M'n kind heeft negenendertig koorts'. Een kind van anderhalf jaar meen ik. 'Kan ik het kind een aspirientje geven? Oh, ik zie dat u net terugkomt. U hoeft ook niet te komen, zo erg is het ook niet, maar ik wou eventjes steun zoeken. Kan ik wel een kinderaspirientje aan hem geven?' Ik vroeg of hij verder geen klachten had, nee, dat was niet zo. De volgende ochtend lag hij dood in bed." [interview]

Casus d:
Er komt een patiënt die een ongelukje met z'n hand gehad heeft op de praktijk. De assistente maakt de wond schoon, en vraagt dan aan de huisarts die toevallig uit zijn spreekkamer komt, of de wond gehecht moet worden. De huisarts werpt er een blik op en zegt zonder nader onderzoek dat het niet gehecht hoeft te worden en dat de assistente het kan verbinden. De volgende dag kan de patiënt een vinger niet goed bewegen. In het ziekenhuis blijkt dat er een pees beschadigd is. De huisarts had dit niet gezien. [informele mededeling].

Dit zijn karakteristieke fouten. In casus ***c*** en ***d*** wordt een gerichte vraag beantwoord, zonder dat de huisarts een uitvoerige anamnese afneemt en gericht lichamelijk onderzoek doet. De hulpvraag wordt in eerste aanleg beantwoord, maar de kwaal wordt niet juist gediagnostiseerd. Dit is niet alleen een valkuil voor de huisarts, maar ook voor de assistente en de achterwacht.
Dit soort fouten zijn waarschijnlijk niet geheel te vermijden. Een huisarts kan zich alleen aan 'even-tussendoor' vragen onttrekken, door zich in een absoluut sociaal isolement te begeven. Huisartsen zouden eigenlijk aan elke patiëntenvraag of -klacht evenveel tijd en aandacht moeten besteden als in een regulier consult. Is dat niet mogelijk, zou idealiter een regulier consult afgesproken moeten worden. Dat wordt echter niet altijd door de patiënt begrepen, laat staan in dank afgenomen; deze wil nu even een antwoord op een eenvoudige vraag.

11.3.2 Fase 2: de diagnostische fase, van hulpvraag tot diagnose

- Er zal duidelijkheid moeten zijn over de *hulpvraag*, zowel over de mogelijke vraag achter de vraag, als ook over de verwachtingen die de patiënt heeft. De patiënt kan hier veelal corrigerend optreden, behalve wanneer de werkelijke hulpvraag door emotionele belemmeringen niet gesteld kan worden. De huisarts moet de kunst van de vraagverheldering verstaan, en zijn eigen emotionele belemmeringen kennen, die maken dat hij sommige klachten niet hoort.
- In deze fase behoren ook de anamnese en het onderzoek. De vaardigheden en kennis van de huisarts komen hier volop aan bod. De juiste *diagnose* stellen is in de huisartspraktijk niet altijd even makkelijk.
In hoofdstuk 5 zagen we dat in deze fase de meeste fouten worden gemaakt. In vergelijking met de specialist staat de huisarts slechts een beperkt diagnostisch arsenaal ter beschikking. Naast de voorkennis over hem bekende patiënten, zijn luisteren, voelen en zien de belangrijkste middelen die een huisarts in deze fase heeft. De huisarts heeft al vroeg in het consult een aantal werkhypotheses over de klacht en de diagnose.[7] Vervolgens gaat de huisarts af op de symptomen zoals de patiënt die vertelt, op zijn eigen waarneming en relateert hij zijn bevindingen aan zijn kennis over ziekten en deze specifieke patiënt.
De foutenbronnen in deze fase zijn talrijk. Sommige diagnoses zijn in de huisartsensetting moeilijk met zekerheid te stellen. Zoals we in hoofdstuk 5 gezien hebben wordt de diagnose hartinfarct weleens gemist in de huisartspraktijk. Casus ***e*** is karakteristiek. Daaruit blijkt dat, behalve de diagnose die moeilijk is, ook een andere foutenbron een rol speelt: in dit geval drukte.

Casus e:
"Mijn grootste blunder dat was een patient die overigens nooit bij de dokter kwam, dat had me misschien alerter moeten maken. Die vroeg 's middags een visite aan. Hij klaagde erover dat hij zo benauwd was. Mijns inziens heb ik het gewoon niet goed uitgevraagd, want het was druk die dag en nou ja, allerlei andere excuses die eigenlijk geen excuses zouden moeten wezen. Ik heb het op zijn longen gegooid en op een pneumonie gehouden. 's Avonds zijn dochter in paniek aan de telefoon, dat vader dood was. Dus ik hals over kop erheen. Heb ik dus de diagnose hartinfarct gemist, hij was niet benauwd van zijn longen, maar hij was benauwd omdat ie een infarct had gehad en daardoor zijn longen vol met vocht liepen. Dus dat heb ik gewoon niet gehoord en niet begrepen." [interview]

Irritaties bij de huisarts kunnen makkelijk ontstaan bij veel klagende patiënten die een groot appèl op hem doen. In hoofdstuk 5 hebben we gezien dat dit frequent een rol speelde. Daarbij hebben we wel aangetekend dat dit

ook een verdedigingsmechanisme kan zijn. Maar het is ook duidelijk dat irritaties de oorzaak van fouten kunnen zijn.

Casus f:
"D'r was een keer een patiënt, een gezonde man. Hij fietste altijd overal in het rond, deed nog boodschappen. Een wat oudere man van een jaar of zeventig. Kreeg griep, ben ik geweest, niks kunnen vinden, nog een keer gebeld, weer niks kunnen vinden, toen nog een keer visite aangevraagd, ook weer zoiets. Had hij ook en passant wat vage klachten op de borst. Ik denk dat ik wat geïrriteerd was dat ik al voor de derde keer hiervoor kon opdraven. Ik heb daar weinig acht op geslagen. 's Avonds: z'n zoon belde: 'of ik gauw zou willen komen, vader deed nu zo raar'. Nou toen ik daar kwam was hij bijna dood en hij is de volgende dag komen te overlijden aan een hartinfarct." [interview]

Bij deze patiënten, die regelmatig met klachten komen die na het nodige onderzoek van onschuldige aard blijken, kan het voorkomen dat toch een ernstige aandoening ontstaat die dan de klachten veroorzaakt. De huisarts zal hier alert op moeten blijven. Het behoeft geen betoog dat het zeer moeilijk is om aan te geven wanneer de patiënt weer nader onderzocht dient te worden.

Casus g:
"Ik had een patiënt en die kwam al jaren. Hij had altijd zo'n last van zenuwen op de maag, moest altijd zo braken. Hij kwam ook altijd zelf al met die diagnose binnen. Op een gegeven moment kwam ie weer, hij was nou zo ziek, hij moest zo braken. Och heden, dacht ik, toch maar eens een maagfoto. "O, nee dokter, niet naar het ziekenhuis". Nou, toch maar eens een foto maken. Maar hij had een maagkanker van heb ik jou daar. Was die dus wel snel aan dood. Maar hij had deze klachten van 'o zo zenuwen op de maag' al dertig jaar. Op een gegeven moment dan is er toch iets van; nou vertrouw ik het niet meer. Dat is ook wel iets waar je geweldig op verdacht moet wezen, dat je die mensen in de gaten houdt, van ja, het is nou toch anders of het wordt toch tijd dat we toch maar weer eens kijken. Want ja, altijd maar zeggen dat het zenuwen zijn en dan later kanker blijken te hebben, dat is dan vaak een fout die je jezelf niet eens zo aanwrijft hoor, maar die wel heel slecht voor je reputatie is." [interview]

De emotionele relatie met de patiënt en diens naasten heeft een belangrijke invloed op de perceptie van de huisarts. Behalve negatieve gevoelens zoals irritaties, kunnen ook uitgesproken positieve gevoelens tussen huisarts en patiënt de blik van de huisarts beïnvloeden.

Casus h:
"Er kwam op een keer een echtpaar, ik vond dat wel sympathieke mensen en zij was zwanger, en ze wilden graag dat ik haar begeleidde, nou dat leek mij leuk. Eindelijk was het zover, de weeën begonnen, en die vrouw die beviel voortreffelijk, dat was werkelijk grandioos hoe die dat deed. Het was een pracht partus, een feest was het, leuk huis, mooi gelegen, aardige mensen, goede hulp, hartstikke goeie sfeer, het was helemaal perfect. Toen kwam dat kindje op de wereld, ik vond de sfeer, dat was werkelijk grandioos. En dat voelden we allemaal. Ik heb het kind onderzocht, ik hoorde niks, prima, nou ze waren ontzettend gelukkig.
Na de bevalling zou ik met vakantie gaan. Na een week werd ik gebeld. Het was ernstig mis met het kind. Het wou niet drinken, het was helemaal niet goed, helemaal mis. Even later weer telefoon: 'het kind is dood, het kind is dood!' Het kind ademde niet meer en was met spoed naar het ziekenhuis gebracht. Er was een verschrikkelijke hartafwijking, die ze absoluut niet overleven kon. En het kind is in een mum van tijd doodgegaan.
Met de kinderarts besproken, die grote verwijten had, van had je dat nou niet kunnen horen, en dit had zo nooit gemogen enzo. Ik had het niet gehoord. Het kind dronk in het begin normaal, dacht ik. Maar nu denk ik: ik was misleid door sympathie in plaats van antipathie. Er was mij een waas voor de ogen, misschien was er ook niks te horen. Ik probeer mijzelf wel wijs te maken dat er inderdaad niks te horen was. Ik heb het kind wel onderzocht. Je voelt wel dat hier de relatie stoorde bij de objectieve waarneming. Ik merk, nu ik met je praat, dat tijdens het gesprek mij duidelijk wordt waar ik in de fout ging; het niet goed hanteren van de gevoelens in de relatie." [interview]

Er zijn nog vele andere emoties die de heldere objectieve wijze van handelen van de huisarts beïnvloeden. Bijvoorbeeld wanneer er teveel rekening gehouden wordt met de gevoelens van de patiënt en een geïndiceerd, maar belastend onderzoek of beleid achterwege wordt gelaten.

Casus i:
"Een voorbeeld van een keus die je kunt maken, maar die toch wel heel vervelend af kan lopen. Een meisje van achttien die laat ons ’s morgens roepen voor buikpijn. M’n assistent [HAIO] ging erheen en zegt tegen me: ’ik vind een meisje met buikpijn, ze is net ongesteld geweest, ze heeft negenendertig drie. Ik kan verder niet zo vreselijk veel bij haar vinden, maar ik vertrouw het eigenlijk niet zo erg, wil je vanmiddag nog even met me mee gaan kijken.’ Ik ga mee kijken, en eigenlijk hetzelfde beeld. Een meisje wat overigens nooit roept, ’t was ook een van de eerste twee contacten met het meisje. Inderdaad het hele verhaal zoals de assistent had gezegd, en toen hebben we nagelaten om nog te toucheren. Dan was de diagnose eruit gerold. Ze had buikpijn en we hebben de diagnose eigenlijk gehouden op buikpijn bij een beginnende ongesteldheid. En koorts waarvan we eigenlijk de oorzaak niet wisten. Het beeld past niet in een acute appendicitis, maar ’t kan het natuurlijk wel zijn. Ik heb toen niet getoucheerd. Het meisje was ook net een beetje in zo’n moeilijke leeftijd om te toucheren, zeventien, achttien. Moet je nou wel toucheren of niet toucheren? Nou, ik vond allemaal niet zoveel, dus wat doe je? ’s Avonds hebben we haar laten opnemen met een doorgebroken appendix." [interview]

Een belangrijke keuze die een huisarts dient te maken bij de overweging van diagnoses, is die tussen ’pluis’ en ’niet pluis’. De ’pluis / niet pluis’ afweging geschiedt uiteindelijk op basis van een vaak niet goed onder woorden te brengen gevoel. Luisteren naar dat gevoel kan huisarts en patiënt behoeden voor ernstige gevolgen. Casus ***j*** is hier een voorbeeld van.

Casus j:
Een huisarts wordt in een drukke weekenddienst ’s avonds om 11 uur gebeld: of hij naar het woonwagenkamp wil komen, dochtertje van drie is niet goed. Dat kampje is 20 minuten rijden, dus de huisarts vraagt of ze bij de praktijk willen komen. Nee, er is geen vervoer. De huisarts gaat er naar toe en ziet vele auto’s als hij op het kamp arriveert. In de wagen ziet het blauw van de rook, en stinkt het naar drank. Een groot gezelschap zit naar de televisie te kijken en keurt de huisarts geen blik waardig. Het zieke kind ligt ergens in een hoek. Getergd verzoekt de huisarts te stoppen met roken en de drank te laten staan. De huisarts en het bezoek zijn zeer geïrriteerd. In die sfeer onderzoekt de huisarts het meisje. Ze heeft wat koorts (38.2), verder vindt hij geen afwijkingen. Behalve dat het kind misschien wat slapjes is. Hij schrijft kinderparacetamol voor, maar de ouders hebben geen zin om naar de apotheek te gaan. Slecht gehumeurd is de huisarts tegen middernacht weer thuis, maar kan de slaap niet vatten. Vanwege zijn ergernis, maar ook omdat hij geen diagnose heeft kunnen stellen. Zijn ongerustheid over het apathische kind neemt toe. Hij bespreekt het met zijn vrouw die zegt: "ga maar kijken, zo kan je toch niet slapen". De ouders vinden het maar gek dat hij weer komt. Het kindje lijkt zieker, koorts is hoger (39.8) en de arts heeft een zwak vermoeden van nekstijfheid. Hij durft het niet achter te laten en regelt met enige moeite een opname in het ziekenhuis. Bij aankomst lijkt het kind wat opgefleurd, de specialist kan ook niets vinden, maar houdt het kind een nachtje ter observatie. De volgende ochtend wordt de arts opgebeld door de specialist: "Vanochtend vroeg werd het kind plotseling slechter. We hebben zojuist een lumbaalpunctie gedaan: de liquor zit stampvol leukocyten".
De huisarts schrijft in een nabeschouwing: "dit heeft mij een heilig respect bijgebracht voor het befaamde ’niet-pluis’ gevoel". [Oosterhuis WW. Geen zin om te komen. *Huisarts Wet* 1994; 37: 519.]

De huisarts kan zelf fysiek of psychisch niet meer in staat zijn goed waar te nemen of na te denken, waardoor anamnese, onderzoek en diagnostiek belemmerd worden. In casus ***k*** speelt een beginnende doofheid de huisarts parten.

Casus k:
"Het gaat hier om een jongen, nee om een man, een man van een jaar of veertig, flinke vent, grote kerel, een beetje grof in de mond, eenvoudige

man, moeilijke jeugd gehad. Ik mocht hem eigenlijk wel graag, recht voor z'n raap. Hij lachte altijd, maar hij hield toch van alles verborgen uit zijn jeugd. Maar goed ik kon wel goed met die man. Hij had CARA, had nogal eens wat met zijn longen. Hij kreeg longontsteking. Ik had toen een arts-assistent in de praktijk, ik behandelde hem, en dat ging goed met die longontsteking, hij begon te herstellen. Toen kwam het moment dat die man gemobiliseerd moest worden, uit bed mocht, en ik kwam met die HAIO bij hem. Ik beluisterde hem: "Nou het gaat goed, ik hoor niks meer, je mag opstaan." Toen ging die HAIO luisteren en die zei: "'Ja maar, ik hoor wel wat, ik hoor crepitaties". De vrouw en de zoon die waren bij dat gesprek aanwezig. Toen dacht ik dat zal dan wel zo zijn. Ik luister nog een keer en er waren inderdaad vochtcrepitaties, die had ik niet gehoord, maar hij wel. Enfin, de HAIO die begeleidde dat geval verder en de man herstelde. Toen tijdens die reconvalescentie-periode kwam ik er nog een keer en toen zeiden die mensen, dat waren van die mensen van recht voor z'n raap, helemaal geen mooie verpakking: "We kunnen eigenlijk net zo goed een andere huisarts nemen. Als u pa beluistert en u hoort niet eens wat er aan de hand is, wat hebben we daar nou aan. U zegt dat u doof wordt, nou dan moet u er toch iets aan doen".
Daar had ie natuurlijk volkomen gelijk aan, maar ik ging door de grond van ellende. Dat was voor mij aanleiding om een afspraak te maken met de hoogleraar audiologie om mijn gehoor na te laten kijken. Toen heb ik een gehoorapparaat gekregen en een aangepaste stethoscoop en daar werk ik nu mee." [interview]

De informatie over of van de patiënt kan een foutenbron vormen. Het is mogelijk dat patiënten al dan niet bewust verkeerde informatie geven waardoor de huisarts op het verkeerde spoor gezet wordt. In casus ***l***is dit waarschijnlijk het geval geweest.

Casus l:
"Een man die klaagde over buikpijn en zich dus eigenlijk heel lamlendig voelde. Die heb ik toen adequaat onderzocht, waarbij ik als enige afwijking vond dat ie toch een hele lage bloeddruk had. Ik kende die man niet, het was een al wat oudere man van rond de vijfenzestig, zeventig. Ik kon daar eigenlijk niet helemaal duidelijk uitkomen, maar ik vond ook eigenlijk toch ook geen duidelijk alarmerende verschijnselen. Dat heb ik dus met hem besproken. Ik zeg: "Dan moeten we het maar even aankijken". Hij was eigenlijk ook wel redelijk gerustgesteld. Toen ging ie soep eten en een uur later werd ik gebeld dat ze hem dood gevonden hadden....
Dan zeg je achteraf: "God, wat is er nou fout gegaan?" Dan is eigenlijk de meest waarschijnlijke diagnose, vooral met die hele lage bloeddruk die hij had, dat hij ofwel een stil infarct had, waarbij je dan dus geen pijnklachten hebt, of een aneurysma in zijn buik. Dat laatste was eigenlijk het meest waarschijnlijk, omdat hij toch al wel wat vage buikklachten had, ook toch wel een voorgeschiedenis had van slechte bloedvaten. Maar goed, hetgene wat ik mezelf vooral het meest verwijt is dat je eigenlijk op een essentieel onderdeel van je onderzoek, want het zijn natuurlijk toch maar beperkte middelen die je als huisarts te dienste staan, daar eigenlijk hebt laten ondersneeuwen door de rest van het verhaal. De patiënt die in de loop van het onderzoek zegt, dat ie zich alweer wat beter voelt." [interview]

Het is ook mogelijk dat de huisarts de informatie wel in de status heeft, maar deze niet of gebrekkig gebruikt. (casus ***m***) Met de toenemende automatisering bestaat het gevaar dat de informatie vanwege een computerstoring niet beschikbaar is. Dit heeft al eens een rol gespeeld in een zaak bij het Tuchtcollege.[8]

Gebrek aan medische kennis is een makkelijk voorstelbare bron van fouten. Dit kan bij elke diagnose een rol spelen. (casus ***n***) Het lijkt echter niet zo'n prominente rol te spelen als bijvoorbeeld storende emoties.

Casus m:
Een man van 76 jaar is bekend met beginnende multi-infarct-dementie en gebruikt sinds drie TIA's het bloedverdunnend middel Marcoumar. Hij komt met de fiets te vallen. De huisarts vindt bij onderzoek, behalve enige schaafwonden aan hoofd en handen, geen afwijkingen. De volgende dag is de patiënt comateus: de patiënt blijkt een bloedig CVA te hebben gehad. De huisarts wist wel dat bij hoofdletsel de ontstolling onderbroken dient te

worden, maar had zich niet gerealiseerd dat deze patiënt ontstold was. [Pelt-Termeer A.M.M. van, F.A. van den Berg, Hoe heeft het kunnen gebeuren? Beoordeling van fouten en bijna-ongelukken in een toetsgroep. *Huisarts Wet* 1995; 38: 7-9, 29.]

Casus n:
"Ik heb het laatste jaar twee maagcarcinomen eigenlijk toch te lang laten lopen of te laat gediagnostiseerd. Nou dat is natuurlijk verdomd vervelend en dan denk ik: ja eigenlijk is dat een medische fout, ergens heb ik ooit weleens gelezen dat deze symptomen op een maagcarcinoom zouden kunnen wijzen. Dat had ik eigenlijk kunnen weten, dus voortaan als ik iemand tegenkom met deze buikklachten laat ik een foto maken. Nou ja, de patiënt die heeft dat niet in de gaten, en als een dame van 87 aan een maagcarcinoom doodgaat, dat is misschien geen drama. Maar dan denk ik wel van: nou ja, dat had wel eerder gekund." [interview]
Naast kennis, speelt hier ook ervaring een grote rol. Uit onderzoek is gebleken dat ervaren huisartsen significant beter 'first-spot' diagnoses stellen dan minder ervaren huisartsen.[9] Dit zal een rol spelen bij de 'pluis' - 'niet-pluis' inschatting. Daarnaast heeft een huisarts meestal te maken met onschuldige kwalen. De kans dat de gepresenteerde klachten op ernstige kwalen wijzen is in een huisartspraktijk niet zo groot, maar is wel altijd aanwezig. De overgang van de (epidemiologisch) meest waarschijnlijke, minst bedreigende diagnose naar een minder waarschijnlijke, meer bedreigende diagnose, is voor een huisarts ook emotioneel niet altijd makkelijk. Er is geen huisarts die het prettig vindt een patiënt slecht nieuws te brengen. In casus ***o*** houdt de huisarts te lang vast aan de epidemiologisch meest waarschijnlijke diagnose. Vooroordelen spelen daarin een rol.

Casus o:
"Andere fout die ik gemaakt heb, die begon niet zo erg foutelijk. Dat was een dame van vijftig denk ik. Dat begon met alle verschijnselen die je kunt toeschrijven aan een normale griep: plotselinge hoge koorts, hoofdpijn, rugpijn, pijn aan alle ledematen. Daar ben ik heen geweest, ik heb daar wat grieptabletjes, Dolvirantabletjes klaargezet en zei dat het met een paar dagen wel over zou gaan. Ze belden mij een paar dagen later weer, dat moeder altijd nog zo'n hoge koorts had. Ik heb haar toen onderzocht, want ik dacht: nou, ze zal wel een longontsteking hebben, maar dat kon ik er niet van maken. Ik heb dus gezegd dat de griep wat langer aanhield dan ik dacht, maar dat het nu met een paar dagen wel over zou gaan. Na acht dagen was ze nog steeds erg ziek, toch nog hoge koorts, misselijk en braken. Ik er weer heen, heb d'r onderzocht en vind een duidelijk drukpijn op de galblaas en ik denk: ik behandel haar maar met penicilline. Dus ik geef haar een Vibramycinekuur waarop de temperatuur wel wat daalt. Maar een paar dagen later stijgt ie weer. Tijdens een van mijn visites in die periode sprak ze mij wat verward toe. Toen dacht ik: wat gek; nog altijd zo'n hoge koorts en nou aan het ijlen. Ik kende die vrouw van vroeger en toen deed ze ook een keer nogal aanstellerig vond ik, een hysterische reactie. Dat vond ik nou weer, overdreven, vreemd deed ze. Ik denk: wat een paniekreactie allemaal, die moet gewoon penicilline slikken dan gaat het wel over. Toen zag een collega haar en die waarschuwde mij: 'er is iets met die vrouw'. Toen ben ik daar weer geweest en toen had ze toch nog altijd hoge koorts. En toen deed ze zo raar, dat ik dacht bij mezelf: nee, dit kan toch niet lang meer duren, nou moet ik toch echt beslissen. Ik ga over een paar dagen weer kijken en als ze dan weer zo in war is en weer zo raar, dan laat ik haar opnemen. Uiteindelijk heb ik haar laten opnemen, toen was het al een week of twee aan de gang. Vier weken later was ze overleden aan en acute lymfatische leukemie." [interview]

De tijd is in veel gevallen een belangrijk diagnosticum. De meeste ziekten gaan immers vanzelf en binnen beperkte tijd over. Is dit niet het geval, dan is er mogelijk sprake van een ernstiger ziekte. Een gevolg van fouten in deze fase kan zijn dat de huisarts te veel tijd nodig heeft om tot een diagnose te komen, er is sprake van een 'doctors-delay'. Dit wordt een huisarts kwalijk genomen, en hij neemt het zichzelf ook kwalijk. Het zal duidelijk zijn dat de grens tussen een verantwoord gebruik van 'de tijd' als diagnosticum en een 'doctors delay' niet scherp is.

Casus p:
"Dat was heel naar, dat was een vijftigjarige vrouw, die bij de fysiotherapie was en zij klaagde over een klein knobbeltje in de borst. Ik heb gekeken en gevoeld en ik vond niks. Twee maanden later klaagde zij weer over een knobbeltje in de borst en toen vond ik wel wat. Toen had ik inderdaad een 'delay' op m'n brood van twee maanden. Dat is een aperte fout. [hoofdstuk 3]

Komt de huisarts niet tot een diagnose, dan zal hij vaak aanvullend onderzoek laten verrichten. Dit kan in eigen beheer door de assistente gebeuren, maar ook in het huisartsenlaboratorium en diagnostisch centrum. De huisarts kan ook naar de specialist verwijzen met de vraag de diagnose te stellen.

Fase 2: aanvullend onderzoek door anderen

- *onderzoek in eigen beheer (assistente)*
  Belangrijke foutenbronnen zijn hierbij gelegen in de communicatie tussen arts en assistente. Geeft de huisarts duidelijk aan welke tests de assistente moet doen, geeft de assistente duidelijke informatie over de uitgevoerde tests? De casus over de man die suikerziekte had, maar waarvan de urine geen bijzonderheden vertoonde, is hiervoor illustratief (hoofdstuk 4 casus 8). De assistente had de urine echter op blaasontsteking onderzocht en daarvoor geen aanwijzingen gevonden.
- *onderzoek elders (huisartsenlab, diagnostisch centrum)*
  Veel laboratorium-onderzoek wordt door het huisartsenlaboratorium of het diagnostisch centrum uitgevoerd. Ook hierbij kunnen fouten ontstaan door onduidelijkheden in de communicatie. Daarnaast worden er in het laboratorium natuurlijk ook fouten gemaakt. Uit onderzoek is bijvoorbeeld bekend dat 1 tot 4 procent van alle bloedgroep- en rhesustyperingen in laboratoria gedaan, fout zijn.[10] De huisarts die zich uitsluitend baseert op een uitslag van het huisartsenlaboratorium, loopt hiermee dus het risico de diagnose en/of therapie op een foute uitslag te baseren. Hetzelfde geldt voor de beoordeling van mammografieën.

  Casus q:
  Er is een beruchte Tuchtuitspraak naar aanleiding van een klacht van een patiënte dat haar huisarts ten onrechte was afgegaan op de uitslag van een mammografie dat er geen aanwijzingen voor een kwaadaardige aandoening waren. Naar de mening van het Tuchtcollege geeft een mammografie slechts een schijndekking, en dient een patiënte ook ten allen tijde door een deskundige specialist, te weten een chirurg gepalpeerd te worden. De huisarts werd berispt. De discussie volgend op deze uitspraak richtte zich vooral op het laatste deel van de uitspraak. Blijkbaar is het College van mening dat huisartsen slechter borstonderzoek doen dan chirurgen, waarna ze huisartsen vervolgens diskwalificeert voor borstonderzoek. [Bergkamp L, e.a. (red.). *Gids jurisprudentie gezondheidsrecht.* Alphen aan de Rijn: Samsom; 1989. Anoniem: Uitslag Medisch Tuchtcollege Eindhoven: Huisarts berispt na late diagnose mammacarcinoom. *Medisch Contact* 1982; p. 250. Zie ook de discussie hierover in *Medisch Contact* daarna: "Onzorgvuldige uitspraak" [redactioneel]. p. 303, en ingezonden brieven p. 302, 304, 336-7.]

- *onderzoek specialist*
  Nadere diagnostiek door een specialist staat of valt in eerste instantie ook met duidelijke communicatie. Vanwege het verschil in houding van huisarts en specialist ten aanzien van ziekte en gezondheid (huisarts is veel terughoudender met ziektelabeling), en vanwege het verschil in de populatie die een specialist en een huisarts ziet (geselecteerde versus ongeselecteerde patiëntenpopulatie) bestaat de kans dat de specialist door blijft zoeken naar een ziekte, met alle kans op iatrogene schade vandien. De kans op een fout van de tweede orde (niet ziek, toch ziek verklaren) is hierbij versterkt aanwezig. Alleen al op statistische gronden, doordat elke diagnostische test een zekere foutmarge heeft. Fouten van de eerste orde worden ook gemaakt. De specialist en zijn medewerkers kunnen fouten maken en diagnoses missen. Wanneer de huisarts zich, na terugrapportage van de specialist, uitsluitend op diens bevindingen baseert, zullen foute bevindingen ook overgenomen worden. Met alle gevolgen van dien.

Casus r:
De huisarts wordt geroepen bij een man die nooit ziek is, maar in enige weken twintig pond was vermagerd en duidelijk erg ziek was. De patiënt wordt ingestuurd naar de internist die hem gedurende twee weken uitgebreid onderzoekt. Dan volgt ontslag en krijgt de huisarts de ontslagbrief: "Jouw patiënt is een gezond uitziende man. Bij algemeen internistisch onderzoek werden geen opvallende afwijkingen gevonden. Bloedonderzoek, biochemie, alkalische fosfatase en zure fosfatase, Röntgenfoto's, allemaal geen bijzonderheden." De huisarts is stomverbaasd, maar volgt, ongelovig, de bevindingen van de internist. Bij huisbezoek is de patiënt nog steeds ziek, en heeft veel pijn. De toestand verergert per dag, en na vijf dagen is de situatie onhoudbaar. De huisarts stuurt de patiënt in naar een andere specialist in een ander ziekenhuis. Deze belt de volgende dag: "Uw ongerustheid was terecht. We hebben het gevonden. Hij had een zeer hoge zure fosfatase. Hij heeft een vergevorderd prostaatcarcinoom met botmetastasen." Drie dagen later sterft de patiënt. De huisarts zoekt de internist op, doet het verhaal, waarop deze schrikt en zegt het te zullen uitzoeken. Enigszins opgelucht vertelt de internist een week later: "Ik heb het gevonden hoor! Er stond een komma verkeerd bij de zure fosfatase. Het klopt dus, alles wijst op prostaatcarcinoom." [Anoniem. *Valkuilen in de huisartsenpraktijk 2*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983. Ook in: Pereira-d'Oliveira. Valkuilen. Er stond een komma verkeerd. *De papieren visite* 1993; 10 (2): 12-3.].

11.3.3 Fase 3: de therapeutische fase, van farmacotherapie tot verwijzing

- De *verrichting* die de huisarts het meeste uitvoert, is het voorschrijven van medicatie.[11] Uit onderzoek onder Engelse huisartsen bleek dat in meer dan 3 procent van hun recepten fouten stonden.[12] De meeste fouten in de voorschriften zijn niet ernstig, maar een klein percentage kan potentieel ernstige consequenties voor de patiënt hebben. Meestal corrigeert de apotheek dit, echter bij apotheekhoudende huisartsen is deze correctie niet mogelijk. Hier bestaat dan ook een verhoogd risico dat er fouten in de medicatie plaatsvinden.[13] In hoofdstuk 5 hebben we al gezien dat de huisartsen niet veel fouten in de therapie naar voren brachten. De gerapporteerde behandelingsfouten hadden merendeels geen ernstige gevolgen voor de patiënten.

Casus s:
"Je hebt wel eens namen van medicijnen die ontzettend op elkaar lijken. Ik heb wel eens gehad, dat dan later bleek dat ik in plaats van Insidon, Incidal had voorgeschreven. Het één is een anti-depressivum, het ander werkt tegen hooikoorts. Ik kon de patiënt toen niet meer bereiken. Maar hij kwam een week later terug, en zei dat het niet zo goed geholpen had. Nou, zei ik, dan zal ik maar wat anders voorschrijven." [interview]

Soms heeft het gevolgde beleid onverwacht negatieve gevolgen. In casus ***t*** is de huisarts niet tevreden over het beleid dat hij gevoerd heeft. Dit beleid is volgens een plaatselijk protocol dat tot stand is gekomen in samenspraak met specialisten. Weliswaar heeft hij volgens dat protocol juist gehandeld, maar de uitkomst ervan maakt dat hij niet tevreden is over zijn handelwijze. Fout wil hij het niet noemen, meer een ingecalculeerd risico inherent aan de huisartsgeneeskunde, maar hij houdt er wel een vervelend gevoel aan over.

Casus t:
"Iemand van vijftig jaar die aan een hersenbloeding is overledenen. Het is hier het beleid dat als iemand eenzijdig verlamd is, je eerst 24 uur aanziet hoe het ontwikkelt en dan besluit je tot opname: ja of nee. Tja, als dan die patiënt in die 24 uur besluit eruit te stappen, dan is dat wel een wat wrang gevoel. Vooral de leeftijd. Als opa negentig is dan is dat niet zo'n probleem. Als het de vader van een gezin met kinderen is, dan ja... Niet dat ze in het ziekenhuis daar iets aan hadden kunnen voorkomen, maar voor de patiënten plus voor jezelf voel je toch van, misschien hadden ze er in het ziekenhuis toch nog wel iets aan kunnen doen. Hoewel dat misschien een onterecht gevoel is. Maar dat is dan een geval waar je jezelf dan toch niet zo lekker over voelt. [...] Ernstige fout? Ik weet het niet. Het is een beleid wat je volgt en waarvan je weet dat daar missers in kunnen vallen. Dat bevindt zich in dat tussengebied waar je wel eens dingen

kunt missen. Anderzijds als je puur defensieve geneeskunde bedrijft, dat je dan wel alles moet laten opnemen, dan zou je misschien een erg goeie huisarts voor je patiënten zijn. Ja, daar doe je een keuze in, en je weet dat je daar missers in zult maken." [interview]
Verrichtingen zoals hechten, vaccinaties, oren uitspuiten, verbinden, pessaria, catheters en infusen inbrengen gebeuren tezamen slechts in ongeveer 8 procent van alle contacten.[14] Fouten daarbij zijn meestal tamelijk onschuldig.

Casus u:
"Ik heb laatst iemand, haha dat was stom, een injectie gegeven en toen had ik de verkeerde weg gekozen. Dat was een injectie in de elleboog en die moet je eigenlijk van deze kant geven, omdat je anders de zenuw die hier loopt ook verdooft en dan krijg je een verlamming. Dus die man, dat was een chauffeur, die kreeg een volkomen verlamming van de onderarm. Dat is een rotgezicht, maar ik wist hoe het kwam, dus ik kon ook zeggen: nou dat is over zes of zeven uur over." [interview]

- Niet alleen diagnostiek door anderen levert risico's op fouten op, ook bij *opnames en behandelingen* elders loopt de patiënt een risico. De huisarts maakt een afweging tussen te verwachten baat en te verwachten schade voor de patiënt. Bij opname in een ziekenhuis bestaat volgens de literatuur 3,7 procent kans dat de patiënt iatrogene schade oploopt.[15] (casus ***v***) Met name oudere patiënten lopen hierbij gevaar.[16] Veel huisartsen en specialisten zijn dan ook terughoudend om hoogbejaarde patiënten op te nemen.Opname van met name hoogbejaarden kan een verstoring van het broze evenwicht betekenen, waardoor ze decompenseren, en lichamelijk en/of geestelijk zeer snel verslechteren en niet zelden binnen enkele dagen overlijden. (casus ***w***)

Casus v:
"Patiënt, 36 jaar, overleed ten gevolge van een opeenvolging van complicaties van een nekwerveloperatie, uitgevoerd wegens een congenitale vergroeiing van de nekwervels. Er bestonden voor de ingreep klachten van geringe, niet-bedreigende compressie op het ruggemerg. Het probleem is in dit geval onderschat." [Tempelaar A.F., Sterfte en iatrogene schade. *Huisarts Wet* 1986; 29: 34-7.]

Casus w:
"Patiënt, 86 jaar, voorheen een normaal gezonde bejaarde, werd met een urineweginfectie en koorts opgenomen. Patiënt raakte in het ziekenhuis gedesoriënteerd. Bij thuiskomst bleek een niet te keren lichamelijk en geestelijk verval, leidend tot de dood. Achteraf zijn er twijfels over de noodzaak en de lange duur van de opname. Een teveel aan zorg leidend tot een te lange hospitalisatie heeft bij deze oudere patiënt een onomkeerbaar proces van lichamelijke en geestelijke achteruitgang in gang gezet." [Tempelaar A.F., Sterfte en iatrogene schade. *Huisarts Wet* 1986; 29: 34-7.]

11.3.4 Fase 4: de follow-up
Vaak zal de huisarts de patiënt terug willen zien of afspraken met de patiënt maken over het verdere vervolg. Vindt de huisarts dat hij in zekere mate verantwoordelijkheid draagt voor het opvolgen van zijn adviezen door de patiënt, dan zal hij dit moeten kunnen controleren. (casus ***x***) Vaak schort het aan een adequate follow-up door de huisarts.[17] Anderzijds is het natuurlijk niet voor niks dat veel patiënten adviezen en afspraken niet nakomen. Bijvoorbeeld, omdat de voorgeschreven medicijnen en adviezen niet in hun levensstijl of referentiekader passen of conflicteren met belangrijker aspecten van hun leven.[18] Het is ook mogelijk dat de patiënt of familie een geheel eigen interpretatie aan de afspraken geven. (casus ***y***) Ten aanzien van de verantwoordelijkheid van de huisarts, is er een spraakmakende Tuchtuitspraak geweest. (casus ***z***)

Casus x:
"D'r is hier een boer geweest, die is inmiddels overleden. Die is een of twee keer bij mij geweest met bloed in de urine en dus ook ontsteking. Ik heb dat behandeld, in ieder geval twee keer en ook die man nog wel eens terug gezien. En het was wel goed, maar die man is de derde keer met bloed in z'n urine nooit weer terugkomen. En dat was dus toch een blaaskanker. Misschien ligt de grootste fout wel bij de patiënt, dat ie daar toch mee doorgelopen is en niet gezegd heeft van: 'het blijft maar zo en het deugt

niet.' Maar ik vind het ook jammer en dus ook fout, dat ik er toch niet voor gezorgd heb dat die man niet met het bloed in z'n water is blijven doorlopen." [hoofdstuk 4]

Casus y:
De huisarts wordt geroepen bij een man van 75 jaar. Hij heeft plotseling diarree met buikpijn. De huisarts onderzoekt hem, maar vindt geen bijzonderheden. Hij denkt aan een acute gastro-enteritis, maar is daar niet helemaal zeker van. De dokter spreekt af dat hij de volgende ochtend terug zal komen, maar als er iets bijzonders gebeurt mogen ze hem altijd roepen, ook 's nachts. "De volgende morgen, om een uur of elf, ben ik er weer. Zij komt mij tegemoet in de gang en zegt: "Hij is om vier uur overleden. Ik zag direct aan uw gezicht dat er niets meer aan te doen was. Onze dochter en ik hebben er de hele nacht bijgezeten. Hij heeft gelukkig niet geleden." [Bremer G.J., Het tweede huisbezoek. *Huisarts Wet* 1994; 37: 540.]

Casus z:
Een bejaarde man klaagt over buikpijn. De huisarts onderzoekt de patiënt en geeft hem enige medicatie. Omdat de huisarts aan een appendicitis denkt, vraagt hij de patiënt hem te waarschuwen als er verandering in de situatie zou komen. Na drie dagen zakt de patiënt in elkaar. De geroepen huisarts onderzoekt hem opnieuw en laat hem in het ziekenhuis opnemen. Twee dagen later overlijdt de patiënt aan de complicaties van een appendicitis. Het Tuchtcollege waarschuwt de huisarts vanwege het niet uit zichzelf vervolgen van de patiënt. Zeker bij bejaarde patiënten waarbij de diagnose appendicitis moeilijk te stellen is, wordt het als een gebrek aan zorg beschouwd indien bij verdenking op appendicitis de betrokken patiënt niet binnen 24 uur opnieuw onderzocht wordt. [Bergkamp L., B.H. van Baren, P. Bergkamp et al (red.). *Gids jurisprudentie gezondheidsrecht.* Alphen aan den Rijn: Samsom, 1989.]

11.4 Beschouwing

Deze analyse heeft zijn beperkingen: de betrouwbaarheid van de gebruikte casuïstiek is onbekend, de informatie was niet altijd volledig, de analyse is door één niet-huisarts uitgevoerd. Desondanks menen we dat we onze twee onderzoeksvragen kunnen beantwoorden. De gebruikte fasering in het huisartsgeneeskundig consult is bruikbaar voor de tracering van een fout. Elke fase kent zijn eigen foutenbronnen. De opgespoorde foutenbronnen (zie kader 1) lijken voor een belangrijk deel te elimineren te zijn. In hoeverre dat fouten voorkómt zal in vervolgonderzoek moeten blijken.

- *Figuur 11.1:* Foutenbronnen in de huisartsprakrijk

Foutenbronnen in de *contactfase:*
- onbereikbaarheid van de dokter of de praktijk (bv. telefoon overbelast, ondeugdelijke waarneemafspraken);
- 'even-tussendoor' contacten die door de patiënt als consult gepercipieerd worden, maar voor de arts niet. Dit kan ook buiten de praktijkuren gebeuren.

Foutenbronnen in de *diagnostische fase:*
bij de *patiënt*
- misleidende informatie van de patiënt (vanwege bijvoorbeeld angst of taal- en cultuurverschillen tussen arts en patiënt);
- patiënten die dikwijls met lichamelijke klachten komen waarvoor geen oorzaken te vinden zijn. Komt zo'n patiënt weer met een aspecifieke klacht, dan zal de dokter de patiënt wellicht niet nogmaals onderzoeken of verwijzen;
- bij patiënten die nooit de huisarts bezoeken omdat ze nooit ziek zijn, speelt iets vergelijkbaars: ondanks hun klaarblijkelijke gezondheid kunnen deze patiënten natuurlijk wel een keer ziek worden. Als zij de huisarts bezoeken zal deze hier extra alert op moeten zijn;

bij de *huisarts*
- gebrek aan kennis, vaardigheden en ervaring;
- emoties die de rede verdringen. Dit kan vanwege een sterke positieve emotionele lading van de arts-patiëntrelatie, en bij een sterke negatieve lading;
- gevoelsmatige neiging om de patiënt of zichzelf te willen sparen, en daardoor noodzakelijke handelingen na te laten of uit te stellen;
- een lichamelijk of psychisch probleem waardoor de perceptie of cognitie verstoord is;
- drukte in de praktijk;

bij inschakeling van *derden* (b.v. assistente, specialist)
- een communicatiestoornis;
- terugrapportage van foute bevindingen van derden (b.v. testuitslagen, specialistische diagnostiek). Aangezien de huisarts deze derden heeft ingeschakeld omdat zij in staat zijn informatie te leveren die hijzelf niet kan vaststellen, vaart hij daarna op deze foute bevindingen. Zijn eigen hiermee strijdige bevindingen zal hij minder vertrouwen dan de foutieve van derden.

Foutenbronnen in de *therapeutische fase:*
- slordigheden en vergissingen;
- gebrek aan kennis en vaardigheden;
- een protocol als voorschrift volgen, in plaats van als leidraad.

Foutenbronnen in de *follow-upfase:*
- de patiënt komt de afspraken niet na;
- de huisarts laat tijdige follow-up na;
- de administratie en organisatie van de praktijk zijn niet toegesneden op het bewaken van vervolgafspraken;
- de huisarts voelt zich minder verantwoordelijk voor het vervolgen van de patiënt.

In de *contactfase* zijn foutenbronnen gelegen in de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts. Onduidelijkheid rond waarneem-afspraken en technische mankementen van communicatiemiddelen spelen een rol, maar met name liggen de problemen bij de afweging tussen (spoed)visite, consult of telefonisch advies. Deze afweging wordt vaak gemaakt door de assistente of achterwacht. Competentie van beiden is hierbij van groot belang.[19] Een typisch huisartsenprobleem is het 'even-tussendoor-consult'. Hierbij kan het makkelijk misgaan, onder meer omdat de patiënt gerustgesteld wordt zonder dat de huisarts de benodigde informatie tot zijn beschikking heeft.
- In de *diagnostische fase* kan veel misgaan. In deze fase worden de meeste fouten gemaakt. Foutenbronnen zijn hierbij met name gelegen in de emoties van de huisarts. Deze kunnen de communicatieve vaardigheden en het denken zodanig beïnvloeden dat een correcte diagnose of prognose niet meer mogelijk is. Gebrek aan kennis en vaardigheden spelen een rol, evenals een gebrekkig gebruik van beschikbare informatie. Ten slotte kunnen lichamelijke of psychische problemen van de huisarts een foutenbron zijn. Ook de patiënt kan fouten veroorzaken. Door bijvoorbeeld informatie achter te houden, maar ook door vaak somatisch gezien onnodig een beroep op de huisarts te doen. Het inschakelen van derden om tot een diagnose te komen, kan problemen opleveren in de communicatie, maar vooral als er foutieve bevindingen gerapporteerd worden.
- In de *therapeutische fase* zijn fouten van huisartsen meestal niet erg schadelijk. Dit is inherent aan de huisartsgeneeskunde; de risicovollere therapieën worden door de specialist uitgevoerd. Fouten in de receptuur voorgeschreven door de huisarts kunnen hierbij ernstigste schade opleveren. Door verwijzingen kunnen patiënten in het ziekenhuis schade oplopen. Met name bij hoogbejaarden kan dit ernstige vormen aannemen.
- Bij de laatste fase, de *follow-up* spelen administratieve fouten een rol, waardoor patiënten uit het zicht geraken. De verantwoordelijkheid die huisartsen en patiënten hebben wat betreft het controleren van vervolgafspraken is niet altijd duidelijk.

Gebrek aan medische kennis als foutenbronnen lijkt al met al een minder prominente rol te spelen dan storende emoties. Emoties spelen niet alleen

in de diagnostische fase een rol, maar tijdens het gehele arts-patiëntcontact.
Het blijkt dat de arts-patiëntrelatie van buitengewoon belang is om fouten te voorkómen. Een te goede of te slechte relatie is een foutenbron, irritaties eveneens.
Eén probleem speelt met name in de contactfase en de diagnostische fase een rol. Dat is de crux van de huisartsgeneeskunde: op basis van beperkte gegevens een probabilistische keuze maken voor een diagnose en een prognose. Onvermijdelijk zal er zo nu en dan een verkeerde keuze gemaakt worden. Dit is niet zozeer een foutenbron, als wel een bewuste beleidskeuze, en daarmee inherent aan het huisartsenvak. In de contactfase is het probleem voor de arts, assistente of achterwacht om op grond van minimale informatie een correcte inschatting van het spoedeisende karakter van de klacht te maken, zodat binnen de vereiste termijn de noodzakelijk hulp geboden kan worden. In de diagnostische fase is het probleem om op basis van beperkte informatie de juiste diagnose te stellen, respectievelijk de juiste inschatting van de ernst van de kwaal te maken. Door de, in vergelijking met het ziekenhuis, beperkte diagnostische middelen in de huisartspraktijk, kan niet altijd zekerheid over de diagnose bereikt worden. Vaak moet de huisarts op grond van zijn bevindingen een keuze maken tussen een veel voorkomende relatief onschuldige aandoening en een zeldzame ernstige aandoening. Op grond van epidemiologische inzichten over de ongeselecteerde populatie in de huisartspraktijk zal de huisarts in eerste instantie vaak tot het eerste besluiten. Hierbij neemt de huisarts een risico. Dit risico weegt hij af tegen de kans op iatrogene schade in het ziekenhuis en de kosten van verwijzingen. Een zekere beroepseer speelt ook een rol; huisartsen vinden het vervelend om patiënten ’voor niks’ te verwijzen. De tijd zal het in de meeste gevallen leren en meestal is er nog tijd genoeg om de patiënt in te sturen. Bij acute aandoeningen is echter een snelle diagnose gewenst, bijvoorbeeld bij een hartinfarct of een acute buik.[20]

De opgespoorde foutenbronnen zijn divers. Bijna allemaal liggen ze op het menselijk en organisatorisch vlak. Zoals verwacht spelen technische onvolkomenheden nauwelijks een rol als oorzaak van fouten in de huisartspraktijk. Met de toename van de automatisering zullen technische hard- en software-fouten naar verwachting wel vaker een rol gaan spelen als foutenbron binnen de informatievoorziening.
Samenvattend kunnen we de foutenbronnen plaatsen in een aantal categorieën:
- de gevoelens en emoties van de huisarts, en de affectieve lading van de arts-patiëntrelatie;
- de kennis en vaardigheden van de huisarts;
- communicatie met en feedback van andere werkers in de gezondheidszorg;
- bereikbaarheid en beschikbaarheid;
- administratie en gebruik van informatie;
- de organisatie en management in de praktijk.

Door fouten op deze manier te analyseren worden de oorzaken zichtbaar, waardoor er duidelijke aanknopingspunten voor preventie aan het licht komen. We bevelen daarom aan om casuïstiek van fouten op een systematische manier te gaan verzamelen en te analyseren. Het is raadzaam om dat in overeenstemming met de in hoofdstuk 9 vermelde wensen van huisartsen te laten zijn. In dat geval worden fouten gemeld aan en geanalyseerd door een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg huisartspraktijk (MIP), waarin huisartsen, specialisten en andere deskundigen zitting hebben. De gebruikte fasering en indeling in foutenbronnen kan daarbij behulpzaam zijn. Deze dient echter wel nader onderzocht en op basis van casuïstiek genuanceerd te worden. Wellicht kan een inbreng vanuit veiligheidskundige hoek hierbij behulpzaam zijn.[21]

Literatuur

1 Hilfiker D., Facing our mistakes. *N Eng J Med* 1984; 310: 118-22.
2 Bergkamp L., W.H. van Baren, P. Bergkamp et al (red.). *Gids jurisprudentie gezondheidsrecht*. Casus T79/10. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1989.
3 Vrij A., Het huisbezoek. *Medisch Contact* 1986; 39: 241.
4 Geneeskundige hoofdinspectie van de volksgezondheid. *Jaarverslag 1993.* Rijswijk: 1994.

5 Vrij A., Het huisbezoek revisited. Of: hoe gaan artsen met klachten en fouten om. *Med Contact* 1987; 42: 337-8.
6 Conradi M.H., J. Schuling, H. Mulder, Fouten in de huisartspraktijk 1. De fouten. *Huisarts Wet* 1988; 31: 222-7. [Hoofdstuk 3]
7 Hobus P., *Expertise van huisartsen. Praktijkervaring, kennis en diagnostische hypothesevorming.* [Dissertatie]. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg: 1994.
8 Anoniem. Al te zorgeloos bij mogelijke zwangerschap: berisping voor huisarts. Uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege d.d. 28 april 1994. *Medisch Contact* 1994; 49: 1478-9.
9 Hofstra M.L., P.P.M. Hobus, H.P.A. Boshuizen, H.G. Schmidt, De invloed van ervaring op diagnostische prestaties van huisartsen. *Huisarts Wet* 1988; 31: 282-4.
10 Kremer J., Een laboratoriumfout met dodelijke afloop. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 985-7.
11 Groenewegen P.P., D.H. de Bakker, J. van der Velden, *Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Verrichtingen in de huisartspraktijk.* Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), 1992.
12 Neville R.G. e.a. A classification of prescription errors. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 110-2.
13 Wagenaar W.A., Zo’n ongeluk kan hier niet gebeuren. Procedurefouten en foute procedures. In: J.J. van Everdingen (red). *Smetten op de witte jas.* Overveen: Belvédère; Amsterdam: Boom, 1993: 74-81.
14 Foets M., J. van der Velden, *Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures.* Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), 1990.
15 Brennan T.A., L.L. Leape, N.M. Laird et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Eng J Med* 1991; 324: 370-6.
16 Patterson C., Iatrogenic disease in late life. *Clinics in Geriatric Medicine* 1986; 2: 121-36.
17 Payne J.N. e.a., Local confidential inquiry into avoidable factors in deaths from stroke and hypertensive diseases. *BMJ* 1993; 307: 1027-30.
18 Trostle J.A., Medical compliance as an ideology. *Soc Sci Med* 1988; 27: 1299-1308.
19 Haan J. de, De rol van de assistente bij het aanvragen van visites. Een literatuuronderzoek. *Huisarts Wet* 1994; 37: 538-40.
20 Lamberts H., Verwijzen naar een specialist: complementariteit of competitie? In: L.M. Schure e.a. (red.). *Een huisarts wel-beschouwd. Huisartsgeneeskunde opstellen.* Utrecht: Bunge, 1989.
21 Wagenaar W.A., Zo’n ongeluk kan hier niet gebeuren. Procedurefouten en foute procedures. In: J.J.E. van Everdingen (red). *Smetten op de witte jas.* Overveen: Belvédère; Amsterdam: Boom, 1993: 74-81.

12 Beschouwing empirisch onderzoek deel II

SAMENVATTING

De belangrijkste conclusies uit hoofdstuk 8 - 10 zijn:

- uit de 'Nationale Studie' van het NIVEL zijn geen conclusies te trekken over de aard en het aantal fouten, wel over het vóórkomen van complicaties en bijwerkingen in de huisartspraktijk: in 2 procent van de contacten overweegt of stelt de huisarts deze diagnoses;
- bij deze patiënten is er twee keer zo vaak sprake van levensbedreiging en invalidering;
- huisartsen staan zeer positief ten opzichte van het installeren van een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg Huisartspraktijk (MIP);
- in de praktijk blijken huisartsen daadwerkelijk incidenten en fouten te melden;
- als er een MIP is geïnstalleerd kunnen één à twee meldingen per huisarts per jaar verwacht worden;
- analyse van fouten geeft inzicht in foutenbronnen en daarmee mogelijkheden tot preventie van fouten.

In hoofdstuk 8 - 10 hebben we een aantal mogelijkheden onderzocht om inzicht te krijgen in de aard en de omvang van fouten in de huisartspraktijk, de eerste stap in de preventie-trias. Daarna hebben we in hoofdstuk 11 de analyse van fouten, de tweede stap in de preventie-trias, nader onderzocht.
Het blijkt dat de morbiditeitsregistratie zoals die in de Nationale Studie gedaan is, weliswaar enige aanknopingspunten biedt maar de kern mist (hoofdstuk 8). Er valt namelijk niet na te gaan of de complicaties en bijwerkingen zijn ontstaan door een fout van de (huis)arts, de uniciteit van de patiënt of dat ze een ingecalculeerd risico zijn. Bovendien worden verkeerde diagnoses, niet geëigende therapieën en verkeerde, overbodige of te late verwijzingen hiermee niet opgespoord. Door naast de ICPC gebruik te maken van een op het opsporen van fouten toegespitst classificatiesysteem, is het waarschijnlijk mogelijk om beter zicht te krijgen op de aard en het aantal 'dingen dat verkeerd gaat in de huisartspraktijk'. Of er op deze manier ook werkelijk onderzoek naar de epidemiologie van fouten gedaan kan worden, is twijfelachtig. Zolang de huisarts degene is die registreert, zullen zijn verdedigingsmechanismen een filterende rol spelen. Wel kan op basis van onze analyse geconcludeerd worden dat de huisarts vrijwel dagelijks geconfronteerd wordt met patiënten die schade lijden of hebben geleden als gevolg van de ondergane geneeskundige behandeling. Aangezien dit gepaard gaat met bijna twee maal zoveel invalidering en levensbedreiging dan gemiddeld, concluderen wij dat dit een belangrijk onderdeel van het huisartsenwerk vormt.
De Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg huisartsgeneeskunde (MIP) geniet grote instemming van de huisartsen (hoofdstuk 9). In de enquête zegt 83 procent voorstander van het instellen van een MIP te zijn. Opvallend is dat huisartsen hierbij ook patiënten de mogelijkheid willen geven om fouten te melden. In verband met de invoering en acceptatie hebben wij dit in eerste instantie afgeraden. Anderzijds biedt dit waarschijnlijk wel een mogelijkheid om beter zicht te krijgen in de aard en omvang van de fouten, omdat de verdedigingsmechanismen en blinde vlekken van de huisartsen hierdoor voor een deel gecompenseerd kunnen worden. De kleinschalige groepsgewijze meldprojecten en een continue registratie van fouten in een registratieproject kunnen goede methoden zijn om fouten te registreren (hoofdstuk 10). Het blijkt dat huisartsen daadwerkelijk fouten melden. Per huisarts kunnen jaarlijks gemiddeld één à twee meldingen verwacht worden. Zowel bij de MIP als bij de andere kleinschalige projecten waarbij huisartsen eigen gemaakte fouten melden, kan de betrouwbaarheid van het aantal meldingen in twijfel getrokken worden. Inzicht krijgen in de aard van de gemelde fouten is wel mogelijk, maar of alle soorten fouten gemeld worden, weten we niet.
De tweede stap in de preventie-trias, een analyse van fouten, hebben we in hoofdstuk 11 gezet. Aan de hand van de fasering van een huisarts-patiëntcontact hebben we bronnen voor fouten trachten te distilleren uit foutencasuïstiek. Deze casuïstiek is afkomstig uit velerlei bronnen: de interviews met de zeventien huisartsen, verslagen van Tuchtuitspraken, casuïstische mededelingen in de literatuur, en een enkele informele mededeling. Onze conclusie is dat het mogelijk is op basis van een analyse van fouten, foutenbronnen op te sporen, dat de fasering daarbij een handig hulpmiddel is, en dat preventieve adviezen te distilleren zijn.

Hiermee beëindigen we ons onderzoek naar de eerste twee stappen van de preventie-trias. Om inzicht te krijgen in de aard van de fouten zijn de meldingsprojecten het beste. Inzicht krijgen in het aantal fouten kan waarschijnlijk wel met een grootschalig registratieproject, mits een op fouten toegesneden registratiesysteem gebruikt wordt. Het is echter de vraag of de benodigde inspanning en kosten gerechtvaardigd zijn. Voor ons is het genoeg om te weten dat er fouten vóórkomen in de huisartspraktijk, dat er waarschijnlijk in enkele procenten van de contacten sprake is van iatrogene schade en dat elke huisarts minstens een keer in zijn praktijkuitoefening een fout maakt waardoor een patiënt voortijdig overlijdt of invalide wordt. Meldingssystemen kunnen naar onze mening en ervaring kleinschalig en tegen geringe kosten opgezet worden. De resultaten daarvan kunnen dienen om inzicht te krijgen in de aard van de gemelde fouten. De meldingen kunnen gebruikt worden in de opleiding, de nascholing en toetsing. We hopen dat dit huisartsen de mogelijkheid zal verschaffen sommige fouten te voorkómen.
De derde stap van de preventie-trias, de wijze van implementatie van de preventieve adviezen, zal op basis van wensen en ervaringen van huisartsen verder ontwikkeld en uitgeprobeerd moeten worden.

SLOT

13 Beschouwing en aanbevelingen

SAMENVATTING

Een beschouwing van de resultaten leidt tot aanbevelingen van algemene aard, maar ook tot specifieke aanbevelingen voor de huisartspraktijk, scholing en onderwijs en toekomstig onderzoek.
Om de begripsverwarring te verminderen stellen we voor als overkoepelende term 'medisch feilen' te hanteren: 'een gebeurtenis binnen de huisartspraktijk (gezondheidszorg) waarbij de gezondheid van de patiënt onbedoeld negatief of sub-optimaal beïnvloed wordt, of naar verwachting beïnvloed zou zijn geworden'. Deze term kan onderverdeeld worden in 'fout', 'complicatie en bijwerking' en 'achteraf verkeerde beslissing', waardoor de patiënt schade lijdt, en 'bijna ongeluk' waardoor de patiënt geen schade ondervond. Bij een 'fout' zijn bovendien de huisartsennormen en - regels overtreden. Een 'achteraf verkeerde keuze' is impliciet aan het huisartsgeneeskundig handelen waarin welbewust met een zekere mate van risico gewerkt wordt.
Om feilen te voorkómen zullen deze allereerst gesignaleerd moeten worden. De meest directe manier is de huisarts terug te rapporteren over schadelijke gevolgen van zijn handelen. Dit dienen met name patiënt, specialist en waarnemend huisarts te doen. Bij de signalering van 'complicaties en bijwerkingen' is dit essentieel. 'Achteraf verkeerde keuzes' zullen in de huisartsgeneeskunde blijven bestaan. Voor een deel kunnen deze feilen volgens ons wel voorkómen worden. Bijvoorbeeld door gericht onderzoek naar moeilijke diagnoses en door systematisch te leren van ervaren 'goede' huisartsen. Schade als gevolg van verplichte screening en prenatale diagnostiek is de huisarts niet aan te rekenen. Dit zijn collectieve keuzes en als hierbij fouten optreden, dan is er sprake van collectieve fouten. Bij de afweging van de invoering van screening en prenatale diagnostiek is terugkoppeling van de gevolgen van groot belang. Aangezien de huisarts veel van deze schade ziet, dient hij nauw betrokken te zijn bij de evaluatie van deze screenings- en opsporingsprogramma's.
Voor het voorkómen van incidentele fouten, stellen we voor een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP) in te stellen. Deze kan fouten analyseren, foutenbronnen opsporen en preventieve adviezen uitbrengen en maatregelen treffen. Ter ondersteuning stellen we een schema voor waarbinnen de fout nader geanalyseerd kan worden. Tot slot richten we de aandacht op de 'impaired' dokter, de dokter die door ziekte of stoornis slecht functioneert. Deze dokters zullen zelf als foutenbron beschouwd moeten worden, en dus opgespoord moeten worden, waarna maatregelen genomen moeten worden om de patiënten en henzelf te beschermen.
Toekomstig onderzoek zal zich moeten richten op mogelijkheden om fouten te voorkómen. Een MIP zal in de praktijk naar verwachting goed werken. Dit dient geëvalueerd te worden. De mogelijkheden om onderzoek te doen zijn we systematisch nagegaan. Veelbelovend lijkt ons om actoren die zicht kunnen hebben op een deel van het proces en resultaat daarvan, bijvoorbeeld patiënten en specialisten, bij de opsporing van fouten en foutenbronnen in te schakelen.
In het medisch onderwijs is geringe aandacht voor fouten. Dit zou uitgebreid en geïntegreerd moeten worden in het gehele curriculum. Drie leerdoelen zouden centraal moeten staan:
- leren denken en praten over fouten;
- voorkómen van fouten (primaire en secundaire preventie);
- het afwikkelen van een gemaakte fout (tertiaire preventie).

Dit zou in elke opleiding binnen de gezondheidszorg een plaats moeten krijgen. Maar ook in de nascholing van huisartsen zou dit een vast onderdeel moeten zijn.

Ten slotte pleiten we ervoor om het probleem van fouten en het voorkómen ervan serieus te nemen. Voor patiënten en huisartsen is het een probleem, dus dient dit nu op beleids-, onderzoeks- en onderwijsgebied op de agenda geplaatst te worden.

13.1 Inleiding

Hieronder beschouwen we de resultaten. Het doel is om tot een aantal aanbevelingen te komen. In de eerste paragrafen spitsen we de beschouwing toe op een aantal belangrijke thema's van dit proefschrift. Allereerst de terminologie, waarvoor we een indeling voorstellen onder de overkoepelende term 'medisch feilen'. Preventie is het belangrijkste praktische doel van onze exercities. Na enige algemene adviezen, gaan we nader in op een aantal specifieke elementen van 'feilen'. We besluiten de beschouwing met voorstellen voor onderzoek en onderwijs.

13.2 Helderheid in begripsverwarring

Het begrip 'fout' is een soort vergaarbak waaronder 'al wat er misgaat in de huisartspraktijk' verzameld wordt. De verdedigingsmechanismen die de huisartsen hanteren om verder te leven met 'al wat er misgaat' en het taboe dat op de gehele verzameling ligt, houden dit amorfe begrip in stand. Naar onze overtuiging is de verstrengeling van verwijtbare fouten met onvermijdelijke risico's een van de belangrijkste oorzaken dat er momenteel bijna niets plaatsvindt op het gebied van onderzoek, beleid en daden ter preventie van fouten in de huisartspraktijk. De schuldvraag is hierdoor het belangrijkste voor de huisartsen, en dit gekoppeld aan het taboe binnen de beroepsgroep veroorzaakt een 'oorverdovende stilte'. We hebben zelf in een bepaalde fase van ons onderzoek de term 'incident' gehanteerd (hoofdstuk 9 en 10). Achteraf zijn we hier niet gelukkig mee. De reden is tamelijk gevoelsmatig: er werd weer een andere term gehanteerd, die verbloemend en

onduidelijk van aard is. Deze term maakte namelijk altijd toelichting noodzakelijk.

Wij pleiten ervoor een overkoepelende term te hanteren voor ’al wat misgaat in de huisartspraktijk’, namelijk het begrip ’medisch feilen’, te definiëren als:

> *een gebeurtenis binnen de huisartspraktijk [gezondheidszorg] waarbij de gezondheid van de patiënt onbedoeld negatief of sub-optimaal beïnvloed wordt, of naar verwachting beïnvloed zou zijn geworden.*

We hebben hierbij de onbedoelde negatieve uitkomst voor de patiënt als criterium genomen. Dit sluit aan op de opvattingen van de geïnterviewde huisartsen in hoofdstuk 2 en 3. Deze alomvattende term kan vervolgens onderverdeeld worden. We stellen voor om hierbij de gang van zaken in het proces van zorgverlening als criterium te nemen: zijn er regels overtreden of niet? Dit zijn geen regels in juridische zin, maar opvattingen die binnen de beroepsgroep heersen. Derhalve zijn er in veel gevallen geen strikte grenzen tussen ’goed’ en ’fout’ te trekken. Over de kern van wat ’goed’ is en wat ’fout’ is, bestaat meestal wel overeenstemming. Hiertussen is echter een grijs gebied, waar discussie over de regels mogelijk is binnen de beroepsgroep, en derhalve discussie of iets ’fout’ is. Met inachtname van deze beperking onderscheiden we de volgende soorten feilen:
- *Fout*, ingeval huisartsennormen en -regels overtreden zijn en dit tot schade bij de patiënt heeft geleid. De huisartsen onderscheiden drie soorten fouten: relationele, medisch-technische en zorgvuldigheidsfouten (hoofdstuk 3). Dit houdt verband met het soort norm of regel die overtreden is;
- *Complicatie en bijwerking*, ingeval er geen regels overtreden zijn, maar de patiënt toch onverwacht schade heeft opgelopen. Een *bijwerking* wordt veroorzaakt door geneesmiddelen, een *complicatie* door de niet-medicamenteuze behandeling.

In dezelfde categorie als complicaties en bijwerkingen, behoort het typisch huisartsgeneeskundig feilen:
- De *achteraf verkeerde beslissing*, waarbij op het moment van handelen of beslissen geen regels zijn overtreden, maar het achteraf gezien beter voor de patiënt was geweest als er anders gehandeld of beslist was. Het typisch huisartsgeneeskundige hieraan is dat deze feil voortkomt uit de, in vergelijking met specialisten, grotere mate van onzekerheid waarmee de huisarts werkt. In paragraaf 13.3.2 komen we hierop terug.

Ten slotte benoemen we:
- Het *bijna-ongeluk*, waarbij er regels zijn overtreden, maar de patiënt om welke reden dan ook, hier geen schade van heeft ondervonden.

In figuur 13.1 hebben we dit op dezelfde wijze als in hoofdstuk 6 weergegeven.

Figuur 13.1: Indeling van de terminologie aan de hand van een beoordeling op twee assen.

beoordeling van de uitkomst

beoordeling van het proces	goed	slecht
goed	* normaal beloop	* bijwerking * complicatie * achteraf verkeerde beslissing
fout	* bijna-ongeluk	* fout

Onder deze terminologie zijn verschillende subindelingen te maken, afhankelijk van het doel waarmee dit gebeurt. Bij ons doel, preventie, is het belangrijkste onderscheid dat tussen te voorkómen en niet te voorkómen feilen.

Hieronder sommen wij de belangrijkste aspecten van medisch feilen op, waarbij we met name ingaan op de mogelijkheden om deze in de toekomst te voorkómen.

13.3 Preventie van feilen

In het algemeen kan gesteld worden dat preventie van alle feilen nooit mogelijk zal zijn. Aan de huidige situatie waarin zeer weinig aan het voorkómen van feilen gedaan wordt, valt echter nog veel te verbeteren. Hiertoe is allereerst inzicht in de aard en de omvang van de feilen noodzakelijk. Voor de individuele huisarts betekent dat onder meer dat hij zicht moet behouden op het beloop van de klachten en gezondheidstoestand van de patiënt. Indien dit afwijkt van wat de huisarts verwachtte, is daar een mogelijkheid om zichzelf bij te sturen en bij te scholen. Feedback van de patiënt en de specialist is daarbij onontbeerlijk. De specialistenbrief is vaak te laat om de bevindingen nog te kunnen toetsen aan de eigen bevindingen. Onmiddellijke feedback wordt dan ook zeer op prijs gesteld.[1]
In de waarneming is soms zelfs helemaal geen feedback. Niet van de specialist, want die rapporteert aan de eigen huisarts, noch van de eigen huisarts wanneer daar niet uitdrukkelijk om gevraagd wordt. Regelmatig waarneemoverleg met patiëntenbesprekingen is hierbij de remedie, anders vervallen belangrijke leermomenten; juist tijdens waarnemingen ziet een huisarts immers veel spoedgevallen en ernstige gezondheidsproblemen.
Alle door ons onderscheiden actoren zijn in staat een deel van het handelen van de huisarts te beoordelen en daarover feedback te geven. Hierdoor zijn deze actoren in staat een deel van de feilen te herkennen en kunnen ze daar ook feedback over geven. Wellicht dat primaire en secundaire preventie op deze wijze tot stand kan komen. Dat kan op individuele basis, de actor attendeert de huisarts, maar zoals we in hoofdstuk 4 zagen gebeurt dit zelden. Ook op geaggregeerd niveau kan de terugrapportage gestalte krijgen, bijvoorbeeld in een MIP. Dat levert waarschijnlijk een schat aan casuïstiek over feilen op. Ongetwijfeld zal elke groep actoren daarbij karakteristieke feilen, die zij in staat zijn te herkennen, naar voren brengen. Patiënten zullen bijvoorbeeld heel andere feilen herkennen dan internisten.

13.3.1 De bijwerkingen en complicaties

Gezien de frequentie waarmee de huisarts met bijwerkingen en complicaties geconfronteerd wordt en de ernst van de aandoeningen van de betreffende patiënten (hoofdstuk 8), moet dit nader onderzocht worden. Momenteel bestaat er een Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen, maar de indruk bestaat dat hieraan maar een fractie van alle bijwerkingen gemeld wordt. Het Landelijk bureau voor Registratie en Evaluatie Bijwerkingen geneesmiddelen (LaREB) streeft ernaar om met behulp van gedecentraliseerde meldpunten post-marketing surveillance te realiseren. Deze opzet waarin de lijnen tussen melder en meldpunt kort zijn en de laatste bovendien feedback geeft, lijkt veelbelovend.[2]
Veel van de complicaties ontstaan in het ziekenhuis. Het is de vraag in hoeverre de behandelend specialist feedback van de huisarts krijgt over de complicaties als gevolg van zijn handelen.
Voor een beter inzicht in de aard en de omvang van complicaties en bijwerkingen dienen de gevolgen van diagnostiek en behandeling systematisch teruggerapporteerd te worden naar degene die deze diagnostiek of behandeling heeft uitgevoerd. Ongeacht of dit in de eerste of tweede lijn is gebeurd en ongeacht wie deze gevolgen opmerkt: specialist, (waarnemend) huisarts of patiënt.

13.3.2 De achteraf verkeerde beslissing

Aangezien huisartsen met een ongedifferentieerd aanbod van gezondheidsproblemen te maken hebben en over beperkte diagnostische mogelijkheden beschikken, werken zij met onzekerheden. Welke onzekerheid hierbij nog aanvaardbaar is, is een politieke en maatschappelijke vraag en deze dient dan ook daar beantwoord te worden. Hieronder zullen we dit probleem nader uitwerken.
Momenteel is de situatie zo dat de huisarts risico’s niet geheel uitsluit. Hij neemt de anamnestische en diagnostische bevindingen, epidemiologische kansen, patiëntkenmerken en de prognoses van de mogelijke diagnoses in ogenschouw, en weegt de risico’s tegen elkaar af. Gezien de gepresenteerde morbiditeit in de huisartspraktijk is de a priori kans het grootste dat de klachten op een onschuldige aandoening duiden. De kans op een ernstige

kwaal is klein, maar altijd aanwezig. In ziekenhuizen kan de zekerheid daarover vergroot worden. Het lijkt ons echter allerminst gewenst dat huisartsen meer patiënten naar het ziekenhuis verwijzen om meer zekerheid te krijgen, om zo het risico voor enkele patiënten te verkleinen. Bekend is dat in ziekenhuizen een kans van 1 op 25 bestaat dat de patiënt na opname lichamelijke schade oploopt vanwege fouten in de diagnostiek of behandeling.[3] Deze iatrogene schade en de economische, sociale en psychologische schade die onvermijdelijk het gevolg zal zijn van een aanzienlijke toename van verwijzingen, is naar onze mening ingrijpender, ernstiger en schadelijker dan de gevolgen van de incidenteel verkeerde beslissingen in de huisartspraktijk, zoals dat nu het geval is.

Een mogelijkheid om in de toekomst verkeerde beslissingen meer te voorkómen, is dat huisartsen zelf aangeven welke diagnoses moeilijk zijn – hart- en vaatziekten, carcinomen en acute buiken worden vaak fout gediagnostiseerd (hoofdstuk 5) – en er vervolgens gericht naar oplossingen gezocht wordt om deze diagnoses in de huisartspraktijk met meer zekerheid te kunnen vaststellen of uitsluiten.

Naast uitbreiding van de technische mogelijkheden, moet gericht onderzoek naar de symptomatologie in de huisartspraktijk gedaan worden. Sommige huisartsen zijn beter in diagnostiek dan anderen. Ervaren huisartsen stellen bijvoorbeeld betere 'first spot' diagnoses dan onervaren huisartsen.[4] Het 'pluis / niet-pluis' gevoel van de goede huisartsen is een mooie term voor het niet precies onder woorden kunnen brengen van de symptomen, kenmerken en signalen waarop deze artsen hun juiste beslissingen baseren. Wij denken dat zeer goede (ervaren) huisartsen wel in staat zijn om moeilijk onder woorden te brengen gevoelens te verwoorden, wanneer zij groepsgewijs over casuïstiek praten. Hierdoor wordt hun betere diagnostiek overdraagbaar en kan deze aan anderen geleerd worden.

De achteraf verkeerde beslissingen zullen nooit geheel uit te bannen zijn zonder het wezen van de huisartsgeneeskunde aan te tasten. Zij zijn de keerzijde van de medaille die de huisartsgeneeskunde regelmatig vanuit de samenleving en politiek omgehangen krijgt: die voor optimale zorg met minimaal belastende middelen.

13.3.3 Incidentele fouten

De essentie van dit proefschrift wordt gevormd door de incidentele fouten van individuele huisartsen. We hebben gezien dat elke huisarts incidenteel fouten maakt en dat dit soms resulteert in het overlijden van de patiënt. Dit heeft naar onze mening niet zoveel te maken met de kennis en vaardigheden van de arts, maar met onveilige situaties, communicatie, slordigheden en gevoelens die de perceptie en beoordelingsvermogen van de huisarts beïnvloeden.

Wij denken dat door een uitgebreid registratie- en onderzoekprogramma, door aandacht voor fouten in scholing en onderwijs, alsmede door concrete adviezen aan de praktijk, veel fouten voorkómen zouden kunnen worden. We zullen de mogelijkheden hieronder toelichten.

Voor het voorkómen van fouten in de huisartspraktijk hebben we in hoofdstuk 11 de nodige foutenbronnen opgespoord. Bewustwording hiervan is een eerste stap op weg naar preventie. De volgende stap is te trachten deze foutenbronnen te elimineren, te verminderen, danwel te controleren en herstelmogelijkheden in te bouwen. In figuur 13.1 geven we een aantal

voorbeelden van foutenbronnen die door bewustwording ervan, waarschijnlijk grotendeels geëlimineerd kunnen worden.

Figuur 13.1: voorbeelden van foutenbronnen

– Een duidelijke foutenbron is aanwezig, wanneer vanwege de context waarin de klacht geuit wordt, de huisarts niet de normale zorgvuldigheid in acht neemt en daardoor al dan niet bewust meer risico's dan normaal neemt. Dat gebeurt bijvoorbeeld als een patiënt buiten een regulier contact om de huisarts iets vraagt, bijvoorbeeld in diens vrije tijd, tussen het spreekuur door, 'vraagje aan de telefoon', etc. Ter voorkoming van dit soort fouten bestaat maar één remedie: geef als huisarts geen informatie of advies buiten de reguliere arts-patiëntcontacten om. Dit is natuurlijk niet goed mogelijk, dus: wees als huisarts en patiënt zeer bewust van de gevaren die in dit soort contacten schuilen, analyseer deze en maak bij twijfel altijd een afspraak.
– Drukte en een ingeslepen verwachtingspatroon kunnen ook maken dat huisartsen onzorgvuldiger handelen. Een ingeslepen verwachtingspatroon kan betrekking hebben op een bepaalde patiënt die altijd dezelfde klachten heeft, maar kan ook tijdelijk zijn, bijvoorbeeld ten tijde van een verhoogde frequentie van bepaalde klachten (bv. een griepepidemie).
– Het bewust zijn van gevoelens in het arts-patiëntcontact is van groot belang. Sterk positieve of negatieve gevoelens van de arts ten opzichte van de patiënt belemmeren een heldere perceptie en een correcte oordeelsvorming van de arts. Bewustwording door de arts van deze gevoelens en dus van een verhoogde kans op fouten, kan wellicht preventief werken.
– Het 'pluis' - 'niet pluis' gevoel is een bijzonder diagnosticum van de huisarts. Een goede huisarts luistert en handelt hiernaar.

Om andere concrete aanbevelingen ter voorkóming van fouten in de huisartspraktijk te kunnen doen, zal in vervolgonderzoek betrouwbaar materiaal verzameld en geanalyseerd moeten worden. We denken daarbij met name aan analyse van gemelde fouten in een Meldingscommissie. We stellen het volgende schema voor als kader om over medisch feilen te praten. Dit schema heeft een aantal assen waarop de gebeurtenis, ter analyse, geclassificeerd kan worden. Door de vragen te beantwoorden ontstaat een helder beeld van de fout. In toekomstig onderzoek en in foutenanalyses zal de bruikbaarheid van dit schema geëvalueerd moeten worden.

Ontleding van fouten

1)	is er een fout in het zorgproces gemaakt? heeft de patiënt onverwacht en ongewenst schade ondervonden?	proces uitkomst
2)	in welke fase vond de gebeurtenis plaats die fout was en/of waardoor de patiënt schade ondervond?	contactfase diagnostische fase therapeutische fase follow-up fase;
3)	wie was betrokken bij deze gebeurtenis, en wat was diens invloed op de fout en/of de schade aan de patiënt?	patiënt, naasten, assistente, achterwacht, collega-huisarts, specialist, apotheker, laboratorium;
4)	welke vorm en welke wijze van preventie heeft plaatsgevonden?	primaire, secundaire, tertiaire preventie;
5)	wat voor soort fout was het?	medisch-technische, relationele, zorgvuldigheidsfout;
6)	op welke wijze was primaire, secundaire en tertiaire preventie mogelijk geweest?	beschrijving;
7)	een rubricering naar foutenbronnen	deze moet nader ontwikkeld worden.

Dit geheel levert een beeld op van fouten, van de betrokkenen en met name van de foutenbron en biedt mogelijkheden tot preventie. Bij de bespreking en analyse van fouten is dit schema naar onze mening nuttig, met name omdat het uit de praktijk stamt en eenvoudig te hanteren is. In een bespreking

van fouten kunnen de betrokkenen op deze wijze snel een helder beeld van de gebeurtenis krijgen.
We willen hier nog enige algemene suggesties voor de huisartspraktijk geven:

- Alle huisartsen maken fouten, wat dat betreft is er geen reden om over eigen fouten te zwijgen. De volgende stelling is wellicht een hart onder de riem:
  "alle huisartsen maken fouten, maar alleen de goede erkennen dat"[5];
- Kijk rond in de eigen praktijk naar foutenbronnen. Waar kan het gemakkelijk fout gaan? Denk daarbij aan de bereikbaarheid, de communicatie arts-assistente, het vervolgen van patiënten en het klakkeloos afgaan op bevindingen van derden;
- Als een fout is gemaakt, bespreek dit dan met de patiënt of diens nabestaanden.

Hierdoor kan een begin gemaakt worden met het denken over fouten, risico's en veiligheid binnen de huisartspraktijk.

13.3.4 De 'impaired' huisarts

Het is de vraag of er bij de 'impaired' of slecht functionerende huisartsen nog sprake is van incidentele fouten. Waarschijnlijk maken deze dokters structureel fouten. Dit betekent dat het voorkómen hiervan op een ander niveau ligt dan het voorkómen van de incidentele fouten, fouten die elke huisarts zo nu en dan maakt. De fouten van door een stoornis slecht functionerende dokters worden door de huisartsen tot de ernstigste, meest verwijtbare fouten gerekend: de 'onzorgvuldigheidsfouten'. Deze komen voor een deel voort uit een verkeerde attitude, het maakt nogal wat uit of een fout voortkomt uit een 'slip of the mind', of uit een 'gedrogeerde mind'.[6] Voor een ander deel is deze huisarts zich, door zijn ziekte, niet bewust van zijn feilen. Hij zal daar op gewezen moeten worden. In hoofdstuk 3 bleek dat dit problematisch is. Hoewel praktizerend huisartsen de slechte, incompetente en verslaafde of zieke huisartsen en specialisten in hun omgeving wel kennen, treden zij hier in het algemeen niet tegen op, behalve om de eigen patiënten te beschermen tegen blootstelling aan de praktijken van deze 'impaired doctors'.[7] Slechts in uitzonderlijke gevallen zullen huisartsen in zo'n geval actie ondernemen, bijvoorbeeld bij zeer hardnekkig fouten makende, niet-corrigeerbare, zieke of verslaafde artsen. Hierbij speelt mee dat de mogelijkheden om actie te ondernemen beperkt zijn en het effect vaak onvoorspelbaar is. Daarnaast lijkt het binnen de medische wereld 'not-done' om te openbaren wie de evident slechte collegae zijn, laat staan om op basis van die kennis actie te ondernemen.[8] Illustratief hiervoor is het volgende voorbeeld: in *Smetten op de witte jas* verhaalt een functionaris van de Gezondheidsraad hoe deze in het kader van een onderzoek veel ziekenhuizen bezocht en op basis daarvan een gefundeerde selectie van 'slechte' ziekenhuizen vormde. "In dergelijke ziekenhuizen bleken de patiënten niet zo best behandeld te worden. Het behoort tot onze goed bewaarde geheimen welke vijf tot tien procent van de ziekenhuizen tot deze categorie behoorde."[9]
Slechte dokters worden dus niet via de interne controle opgespoord en gecorrigeerd; het zelfregulerende vermogen van de professie is daarvoor momenteel onvoldoende. Naar onze mening zal er een systeem moeten komen waarmee slechte huisartsen opgespoord kunnen worden, waarna op welke wijze dan ook (correctie of sanctie) de patiënten tegen deze artsen in bescherming genomen moeten worden. Waarschijnlijk is het voor een deel van deze 'impaired' artsen ook beter om hen tegen zichzelf in bescherming te nemen.
De gedachte dat artsen de slechte collegae daadwerkelijk 'aangeven' is in Engeland uitgewerkt.[10,11,12] Er wordt in dit verband voorzichtig geopperd dat de loyaliteit van artsen vanuit professioneel oogpunt in de eerste plaats de patiënten zou moeten gelden, pas daarna de collegae. Het denkbeeld van het 'aangeven' van incompetente collegae is een logisch gevolg van deze prioriteitsstelling.[13] In het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* stond een bericht waaruit blijkt dat in Engeland inderdaad volgens recente uitspraken van de Engelse evenknie van het Medisch Tuchtcollege, 'aangifte van incompetente collega's verplicht' is.[14] Voorlopig lijkt het in Nederland nog niet zover te zijn, hoewel een uitspraak van het Medisch Tuchtcollege uit 1986 een eerste aanzet in die richting lijkt.[15] Hierbij werd een specialist gewaarschuwd omdat hij uit collegialiteit een patiënte niet ingelicht had over een fout van een collega, noch de fout corrigeerde.
Uiteindelijk gaat het maar om een klein deel van alle artsen dat slecht

functioneert. Wij denken dat niet alleen de patiënten, maar ook de professie als geheel er baat bij heeft als deze artsen bij de bevoegde instanties bekend gemaakt worden zodat correctie of sanctie mogelijk is. Momenteel lijden de goede artsen onder de slechte collegae, aangezien zij deze in bescherming nemen tegen terechte kritiek van patiënten. Daarmee wordt het beeld ondersteund van de artsen die elkaar te allen tijde de hand boven het hoofd houden. Door sympathie te tonen met de patiënt die slechte ervaringen heeft, distantieert de arts zich van de slechte zorg en behoudt zijn goede reputatie en daarmee het vertrouwen van de patiënt. Dit zou zelfs het 'placebo-effect' en daarmee het genezend vermogen van de arts ten goede komen.[16]

13.3.5 Collectieve fouten

De huisarts ziet in zijn praktijk de negatieve gevolgen van fout-positieve bevindingen van screening en prenatale diagnostiek. Op populatie-niveau kunnen de voordelen duidelijk zijn, op individueel niveau zijn de nadelen vaak evident. Deze schadelijke gevolgen worden niet als fout gekenschetst. Geen van de gemelde fouten - noch in interviews, noch in meldprocedures - handelde over deze vorm van iatrogene schade. Wel is het een onderwerp waarover onder de huisartsen veel discussie is. Ook in de interviews met de zeventien huisartsen kwam dit onderwerp vaak aan de orde, maar werd na ampele overweging niet als fout gekenschetst. Er worden immers geen regels overtreden, de beroepsgroep of vaak ook de politiek heeft besloten tot de screening. Patiënten zullen het de huisarts ook niet als fout aanmerken, hoe vervelend ze het ook ervaren hebben. Het is beter duizend mensen voor niets te onderzoeken dan één patiënt te missen, is de mening van het publiek.[17] De 'geanticipeerde beslissingsspijt' ("stel je voor dat ik me niet laat onderzoeken en ik heb het toch") speelt hierbij een rol.[18]
De huisarts is min of meer gedwongen de activiteiten aan te bieden. Doet hij dat niet, dan kan dat een veroordeling bij het Tuchtcollege tot gevolg hebben. Handelt een huisarts hierin volgens de regels en ondervindt een patiënt schade, dan valt dit in wezen onder de categorie 'bijwerkingen en complicaties'. Wij zijn echter van mening dat dit niet onder het individueel medisch feilen valt, maar dat, als er sprake is van schade aan de patiënt, dit een collectief medisch feilen is.
De discussie over deze vormen van iatrogene schade moeten vooral met huisartsen gevoerd worden. Als levensloopdokters zien zij alle dagelijkse gevolgen van de preventie en curatieve zorg. De discussie zoals die nu gevoerd wordt, verzandt vaak in succes-percentages en voorspellende waarden. Daar gaat het op populatie-niveau om. De huisarts en de patiënt hebben echter met de individuele gevolgen te maken.

13.4 Onderzoek en advies

Onderzoek naar fouten is in eerste instantie onderzoek naar oorzaken van fouten. Dat onderzoek kan vooraf en achteraf gebeuren; voordat een fout is gemaakt, kunnen mogelijk foutenbronnen worden geëlimineerd en nadat een fout gemaakt is, kan deze geanalyseerd worden op zijn oorzaken. Dit achteraf-onderzoek zou standaard moeten zijn, zoals in de luchtvaart en de industrie.

In de eerste plaats zullen fouten opgespoord moeten worden. Hiertoe kan een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg huisartspraktijk ingevoerd worden. De huisartsen staan hier zeer positief tegenover en blijken daadwerkelijk fouten te melden (hoofdstuk 9 en 10). Daarnaast is het van belang dat huisartsen in groepen fouten bespreken. In de eerste plaats omdat hierdoor het onderwerp een plaats krijgt in het denken van de huisarts, in de tweede plaats om het taboe op te heffen en ten slotte om ervan te leren. Een eerste aanzet hiertoe is al gemaakt.[19] Deze manieren om systematiek in de preventie van fouten te brengen dienen grondig geëvalueerd te worden. Er zal met name gekeken moeten worden naar ongewenste neveneffecten van het overnemen van preventieve adviezen, bijvoorbeeld het ontstaan van nieuwe foutenbronnen.

In bijlage 1 hebben we deze voorstellen in een onderzoeksvoorstel gegoten. Er zijn echter nog veel andere onderzoeken mogelijk op dit onontgonnen terrein. In bijlage 2 volgt een uitgebreide analyse waaraan gedacht moet worden wil men in de huisartsgeneeskunde onderzoek doen naar (de preventie

van) fouten. In figuur 13.2 doen we een aantal aanbevelingen voor veelbelovend onderzoek.

Figuur 13.2: Veelbelovend onderzoek

Retrospectief onderzoek
In principe kunnen alle betrokken actoren bij retrospectief onderzoek betrokken worden. De belangrijkste zijn: huisartsen, patiënten, specialisten en apothekers. Zij hebben het meest direct zicht op aspecten van de zorg, en kunnen dat elk vanuit de eigen competentie beoordelen. Op deze manier kan naar verwachting - en onze ervaring met huisartsen - inzicht verkregen worden in de aard van de fouten met (potentieel) ernstige gevolgen voor de patiënt. Dit onderzoek kan op diverse manieren gebeuren. Aan te bevelen is om eerst via open interviews inzicht te krijgen in wat de respondenten belangrijk vinden en welke ervaringen ze hebben. Daarna kan op diverse manieren verder geëxploreerd worden. Bijvoorbeeld in Delphi procedures waarbij aan specialisten gevraagd wordt een lijst op te stellen van de belangrijkste fouten van huisartsen binnen hun specialisme en welke mogelijkheden er zijn deze te voorkomen (zie voorbeeld 1 in bijlage 2@). Ook kan men huisartsen bijna-ongelukken laten rapporteren (voorbeeld 2) of groepsgewijs over moeilijke diagnoses als het hart-infarct laten discussiëren (voorbeeld 3). Patiënten zijn een verwaarloosde groep in het geneeskundig onderzoek. Niet als objecten met meetbare parameters, wel als mondige subjecten. In een onderzoek naar fouten mogen patiënten niet ontbreken. Het idee dat patiënten niet deskundig zijn wat betreft de inhoud van de zorg is deels waar, maar kan geen reden zijn om patiënten dan maar helemaal uit te sluiten van het beoordelen van de zorg. Elke arts en patiënt weet dat het onderwerp 'medische fouten' op een saai verjaarsfeestje een probaat middel is om de sfeer te verlevendigen. Verkruisen heeft honderden patiënten geïnterviewd en vond dat 23 procent van hen contacten met artsen hadden gehad waarover zij ontevreden waren. Een deel van deze contacten zou zonder meer voor behandeling door het Tuchtcollege in aanmerking komen. Met een veroordeling van de betrokken arts tot gevolg.[20] (Zie voorbeeld 4 in bijlage 2).
Actuele registratie
In hoofdstuk 8 is beschreven dat veel medisch feilen niet binnen de ICPC geregistreerd kan worden. Complicaties en bijwerkingen van geneesmiddelen zijn wel opgenomen in de ICPC. Wellicht is het mogelijk om aan de ICPC een fouten-analyse systeem te koppelen. In de USA heeft Michael Victoroff een 'taxonomy of physician error' ontwikkeld waarmee fouten geanalyseerd kunnen worden. Deze taxonomie is niet specifiek voor huisartsen ontwikkeld, maar kan daaraan en aan de Nederlandse situatie aangepast worden.[21] (zie ook voorbeeld 6). De Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg huisartspraktijk zoals die door ons is voorgesteld, is een goede en door huisartsen zelf ontwikkelde vorm van actuele registratie. Wij zijn van mening dat de invoering daarvan een schat aan gegevens kan opleveren, waardoor in de toekomst fouten kunnen worden voorkomen.
(Participerende) Observatie
Observaties zullen voornamelijk gericht zijn op bijna-ongelukken en foutenbronnen; 'echte' fouten komen waarschijnlijk te weinig voor om deze via directe observatie te ontdekken. Degenen die observeren kunnen getraind zijn in het herkennen van bepaalde foutenbronnen, bijvoorbeeld in de organisatie of communicatie. Het is echter ook heel goed mogelijk gebruik te maken van observatoren die vanuit hun beroep kennis hebben van de inhoud van de zorg, bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen. Deze zouden stelselmatig geïnterviewd kunnen worden na contact met hun huisarts. Ten slotte is het mogelijk om huisartsen bepaalde foutgevoelige situaties te laten naspelen en de mogelijke foutenbronnen op te sporen. Dit kan ook bij assistentes gebeuren (voorbeeld 7).

13.5 Onderwijs en nascholing

"No one enjoys admitting to error. This innate reluctance is compounded in medicine by our early clinical training. Public humiliation on teaching ward rounds soon convinces the more sensitive medical student that the most important skill is not to avoid error itself but rather to avoid the exposure of error. This lesson may be reinforced when as a house officer the most pressing requirement is not to help patients but to keep consultants happy by providing them with cosmetic versions of the truth." Graham Buckley.[22]

In het onderwijs aan studenten geneeskunde is nauwelijks aandacht voor fouten en omgaan met fouten. Weliswaar is het gehele onderwijs erop gericht om geen fouten te maken, doch de term 'fout' noch de terminologie komt daarbij ter sprake, noch de onvermijdelijkheid van het maken van fouten. Er rust een taboe op fouten van artsen, er wordt onderling niet over gesproken en er wordt dus ook geen lering getrokken uit gemaakte fouten. In de huisartsenopleiding is er wel een onderwijsprogramma over fouten van huisartsen, maar daarin wordt voornamelijk geleerd hoe er met patiënten over te spreken.[23] Een van de belangrijke aspecten daarbij is de eigen verdedigingsmechanismen te herkennen, aangezien deze in het gesprek met een patiënt of nabestaande zeer belemmerend kunnen werken.
Onderwijs over fouten zal drie leerdoelen moeten hebben:
- Leren denken en praten over fouten als zijnde een gegeven binnen de geneeskunde;
- Voorkómen van fouten (primaire en secundaire preventie);
- Het afwikkelen van een gemaakte fout (tertiaire preventie).

Er zullen onderwijs- en nascholingsprogramma's ontwikkeld moeten worden voor huisartsen, huisartsen in opleiding, studenten, docenten aan de Faculteit der Geneeskunde, doktersassistentes, doktersassistentes in opleiding en docenten aan de opleiding tot doktersassistente. In principe zouden dit soort scholingsprogramma's ontwikkeld en gegeven moeten worden voor artsen en verzorgenden in elk specialisme en elke sector in de gezondheidszorg.
Het grootste rendement zal er zijn als het praten over en leren van fouten niet in deze programma's geïsoleerd wordt, maar waar mogelijk geïntegreerd wordt in het gehele curriculum. Evenzo zal het leren van incidenteel slechte zorg geïncorporeerd moeten worden in programma's voor kwaliteitsmeting, -borging en -bewaking.
Wat betreft de onderlinge toetsing zouden huisartsen in hun waarneem- of huisartsgroepen kunnen overwegen een bespreking te beleggen over bepaalde patiënten waarbij de kans op fouten verhoogd is of waarbij fouten gemaakt zijn, bijvoorbeeld in de vorm van:
- Een necrologie bespreking;
- Een bespreking van patiënten met onverwacht slechte resultaten van de zorg;
- Een bespreking van bepaalde moeilijke (foutgevoelige) patiënten (chronische zieken, in het ziekenhuis opgenomen patiënten, patiënten met moeilijk te diagnostiseren ziekten, zeer jonge of zeer oude patiënten).

Uiteindelijk zal door (na)scholing en onderwijs over fouten en het voorkómen daarvan, het veiligheidsdenken geïntegreerd raken in de gezondheidszorg. Hierdoor zal er een klimaat kunnen ontstaan waardoor een fout niet als een verschrikkelijke bedreiging van het bestaan gezien wordt, maar als een indicatie dat er een verbetering mogelijk is. Een soort 'kaizen' in de gezondheidszorg. Bij deze uit de Japanse industrie afkomstige kwaliteitsverhogende methode, wordt elke negatieve afwijking van de kwaliteitsnormen aangegrepen om er van te leren en maatregelen te treffen de kwaliteit te verhogen, oftewel "every defect is a treasure".[24]
Een factor die waarschijnlijk invloed op het onderwijs en de nascholing over dit onderwerp zal krijgen is de toenemende aandacht vanuit juridische hoek voor fouten. Een gevolg hiervan is bijvoorbeeld in de Verenigde Staten dat er onderzoek gedaan wordt naar de 'suit-prone patient', en er veel aandacht is voor het voorkómen van schadeclaims.[25,26,27] Dit zou het ongewenste gevolg kunnen hebben dat in de scholing en het onderwijs de aandacht meer op het voorkómen van claims komt te liggen dan op het daadwerkelijk voorkómen van fouten.

13.6 Ten slotte

De belangrijkste aanbeveling die wij kunnen doen is om aandacht aan fouten te besteden. Daartoe dient het als onderwerp op diverse agenda's geplaatst te worden, zowel de politieke, de professionele als de maatschappelijke. Dit is gerechtvaardigd, omdat het een veelomvattend probleem is en ernstige gevolgen voor patiënten en voor huisartsen heeft. Het taboe om er over te praten en na te denken is niet meer functioneel, niet voor patiënten en niet voor huisartsen. Beiden lijden onder dit taboe en het blijft onmogelijk om iets aan het probleem te doen. Hierbij moet niet de fout gemaakt worden om te denken dat het uitsluitend een probleem is van een beperkt aantal 'impaired doctors'. Natuurlijk bestaan deze en dienen zij opgespoord te worden, maar het probleem van fouten in de huisartspraktijk is een probleem waarmee elke huisarts te maken heeft. Het is ook een probleem waar veel huisartsen in geïnteresseerd zijn en waar veel huisartsen ook wat aan willen doen: de respons in de beschreven onderzoeken varieerde van 54 tot 90 procent.
We hebben aangetoond dat het probleem van fouten in de huisartspraktijk bestaat en dat er iets aan te doen is. Het zou een ernstige fout zijn dit gegeven te blijven negeren.

13.7 Literatuur

1 Gruer A., A.A. Gunn, A.M. Ruxton, Medical audit in practice. *BMJ* 1977; 1: 957-8.
2 Koning G.P.H. de, *A regionalized spontanious surveillance program for adverse drug reactions as a tool to improve pharmacotherapy.* [Dissertatie]. Utrecht: Rijks Universiteit Utrecht, 1993.
3 Brennan T.A., L.L. Leape, N.M. Laird et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Eng J Med* 1991; 324: 370-6.
4 Hofstra M.L., P.P.M. Hobus, H.P.A. Boshuizen, H.G. Schmidt, De invloed van ervaring op diagnostische prestaties van huisartsen. *Huisarts en Wetenschap* 1988; 31: 282-4.
5 Schuling J., *Stroke patients in general practice.* [Dissertatie]. Groningen: Styx, 1993.
6 Conradi M.H., J. Schuling, H. Mulder, Fouten in de huisartspraktijk 1. De fouten. *Huisarts Wet* 1988; 31: 222-7. [Hoofdstuk 3]
7 Conradi M.H., H. Mulder, J. Schuling, Fouten in de huisartspraktijk 2. Na de fout. *Huisarts Wet* 1988; 31: 288-92, 307. [Hoofdstuk 4]
8 Lens P., G. van der Wal, Een onderzoek naar dysfunctioneren van specialisten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 1127-31.
9 Bol P., Een ongeluk komt nooit alleen. p.80. In: J.J.E. van Everdingen (red.). *Smetten op de witte jas.* Overveen: Belvédère; Amsterdam: Boom, 1993.
10 Rhodes P., Imcompetence in medical practice. *BMJ* 1986; 292: 1293-4.
11 Smith R., Dealing with sickness and incompetence: success and failure. *BMJ* 1989; 298: 1695-8.
12 Pilowski L., G. O'Sullivan Mental illness in doctors. Common and demands a coordinated response. *BMJ* 1989; 298: 269-70.
13 Gillon R., Doctors and patients. *BMJ* 1986; 292: 466-9.
14 Anoniem. Berichten, buitenlands nieuws, Groot-Brittannië. Aangifte van incompetente collega's verplicht. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1994; 138: 928-9.
15 Bergkamp L., W.H. van Baren, P. Bergkamp et al (red.). *Gids jurisprudentie gezondheidsrecht.* Alphen aan den Rijn: Samsom, 1989.
16 Chaput de Saintonge D.M., A. Herxheimer, Harnessing placebo effects in health care. *Lancet* 1994; 344: 995-8.
17 Maanen H van., Bakerpraatjes gaan er met de paplepel in. *Het Parool* 3-12-1994.
18 Tijmstra Tj., Het imperatieve karakter van medische technologie en de betekenis van 'geanticipeerde beslissingsspijt'. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1987; 131: 1128-31.
19 Pelt-Termeer A.M.M. van, F.A. van den Berg, Hoe heeft het kunnen gebeuren? Beoordeling van fouten en bijna-ongelukken in een toetsgroep. *Huisarts Wet* 1995; 38: 7-9, 29.
20 Verkruisen W.G., *Dissatisfied patients: their experiences, interpretations and actions.* [Dissertatie]. Groningen: Rijks Universiteit Groningen, 1993.

21 Victoroff M.S., A taxonomy of physician error. Congress 'Toward an electronic patient record': 1994.
22 Buckley G., Clinically significant events. In: M. Marinker (ed). Medical audit and general practice. London: *British Medical Journal*, 1990.
23 Amerongen H.L. van, J.P. Freriks, *Omgaan met fouten.* Rotterdam: Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Erasmus Universiteit, 1988.
24 Berwick D.B., Continuous improvement as an ideal in health care. *N Eng J Med* 1989; 320: 53-6.
25 Ritchey F.J., Case management of patients perceived as suit-prone. *Ethics in Science & Medicine* 1980; 7: 37-48.
26 Kraushar M.F., Recognizing and managing the litigious patient. *Surv Ophthalmol* 1993; 37: 54-6.
27 Roberts D.K., Prevention: patient communication. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1988; 31: 153-61.

bijlage 1 Onderzoeksvoorstel MIP

Project Melding Incidenten Patiëntenzorg in de huisartspraktijk

Voorgeschiedenis:
In een explorerend onderzoek hebben Conradi e.a. beschreven welke fouten huisartsen maken in de uitoefening van hun beroep, en op welke wijze zij hiermee omgaan.[1,2] Het merendeel van de huisartsen erkent fouten te maken; het leereffect hiervan blijft echter beperkt. Meestal trekt alleen de betrokken huisarts lering uit de fout. Van elkaars fouten leren gebeurt nauwelijks, laat staan dat er sprake is van een systematische analyse van mogelijkheden om fouten te voorkomen.
Deze bevindingen waren aanleiding tot het opzetten van een onderzoek naar de haalbaarheid van een meldings procedure van fouten in de huisartspraktijk, vergelijkbaar met de FONA- of MIP-commissies in ziekenhuizen. Bij een dergelijk systeem staat niet de 'verwijtbaarheid' centraal, maar de 'vermijdbaarheid'. Het doel van een dergelijk systeem is om door registratie en analyse van incidenten en het verstrekken van adviezen, preventie van fouten te bevorderen. Terugrapportage aan de betrokken huisartsen en de beroepsgroep als geheel zal het mogelijk maken om - met behoud van anonimiteit - van elkaars fouten te leren. De analyse van incidenten op geaggregeerd niveau zal leiden tot een beter inzicht in de factoren die aanleiding zijn tot incidenten, waardoor het voor beleidsvormende instanties mogelijk wordt maatregelen te adviseren, die bijdragen tot voorkomen van herhaling. Dit zal de kwaliteit van de gezondheidszorg ten goed komen.
Het onderzoek naar de haalbaarheid van dit systeem werd gefinancierd door WVC, en vond plaats tussen 1 september 1990 en 1 januari 1992, vanuit de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. In de begeleidingscommissie zaten vertegenwoordigers van WVC, de Geneeskundige Inspectie, de LHV, het NHG, de VNZ en de Ziekenfondsraad. Aan de hand van interviews met deskundigen, een Delphi procedure met deskundigen uit de huisartsenwereld en een landelijke enquête onder 600 huisartsen, is stapsgewijs een concreet samenstelsel van criteria en richtlijnen ontstaan, waaraan een dergelijk MIP-systeem moet voldoen.[3,4] In kleinschalige veldexperimenten is vervolgens onderzoek gedaan naar de binnenkomende meldingen, hun aard en aantal en factoren die het melden beïnvloeden.[5]

Vanuit bovenstaande onderzoeken zijn we gekomen tot een projectvoorstel waarin een groot aantal huisartsen gedurende lange tijd hun fouten zullen melden, zodat systematisch lering trekken uit gemaakte fouten mogelijk is.

Projectbeschrijving:
In dit driejarig project willen we zo snel mogelijk komen tot het installeren van een Meldpunt en Meldingscommissie waaraan huisartsen eigen fouten kunnen melden. Uit het eerder onderzoek is geconcludeerd dat bewustwording van het concept 'fout' belangrijk is voor het daadwerkelijk melden. Het in de huisartsenopleiding gebruikte onderwijsprogramma Omgaan met fouten' wordt daarom aangepast aan nascholingseisen en in het project gebruikt.

Groepen en condities:
(A+B) Geïnteresseerde huisartsengroepen zullen gerandomiseerd worden: de helft van de groepen neemt deel aan het nascholingsprogramma, de andere helft niet. Huisartsen uit beide groepen kunnen gedurende twee jaar eigen fouten melden. Deze worden geanalyseerd en individueel en op geaggregeerd niveau teruggekoppeld met adviezen ter voorkoming van soortgelijke fouten in de toekomst. In beide condities zullen minimaal tien huisartsengroepen deelnemen.
C) Daarnaast wordt een bepaalde regio aangewezen als proefgebied. De huisartsen in deze regio krijgen allen (100-200) de mogelijkheid eigen fouten te melden.

De feedback aan al deze huisartsen is gestandaardiseerd. De meldperiode is twee jaar. Na een jaar wordt op basis van de evaluatie besloten of en welke interventie er in de drie condities gewenst is. De evaluatie van dit

project is dus niet uitsluitende een effectevaluatie; het proces dient voortdurend onderzocht te worden.

Onderzoek / evaluatie:
Het project wordt zowel op effect als op proces geëvalueerd:
- effect: aard en aantal meldingen
  aard en aantal voorkomen fouten
  neveneffecten
- proces: belemmerende en bevorderende factoren w.b. melden en implementatie preventieve adviezen problemen en wensen

Daarnaast wordt de werkwijze van de Meldingscommissie in kaart gebracht. Problemen worden gesignaleerd en oplossingen geformuleerd.

Effectparameters:
- aantal meldingen bij MIP
- aard van de meldingen, geclassificeerd
- oorzaken van fouten, geclassificeerd
- aard en aantal voorkómen fouten, zelfrapportage huisartsen
- neveneffecten, rapportage huisartsen en leden MIP

De meldingen bij de MIP zijn het belangrijkste onderzoeksmateriaal wat het effect betreft. Daarnaast de meldingen over voorkomen fouten door de geaggregeerde feedback van de MIP. Aan het slot van de meldingsperiode zullen alle huisartsen een enquête ontvangen over ervaringen, meningen en wensen ten aanzien van deze manier om fouten te voorkomen.
Teneinde zicht te houden op het proces worden gedurende de twee meldingsjaren regelmatig at random geselecteerde huisartsen geïnterviewd. Uit elk van de drie condities worden daartoe twintig huisartsen geselecteerd.
De onderzoekers wonen de vergaderingen van de MIP bij. Elke vergadering wordt besloten met een korte evaluatie. De leden van de MIP zullen elk ook minstens een maal individueel geïnterviewd worden. Werkwijze en m.n. analyse van de fouten zal op den duur gestandaardiseerd worden.

In tijdsverloop

start:	werving huisartsengroepen / leden MIP
	aanpassen onderwijsprogramma *Fouten van huisartsen*
	inwerken MIP + ondersteuning
maand 3:	randommissatie huisartsengroepen conditie A of B
maand 4:	start meldperiode conditie A, B en C
maand 4-16:	interviews met 30 deelnemende huisartsen
	bijwonen MIP vergaderingen
	interviews leden MIP
	analyse meldingen
maand 16	eventueel interventie(s) in condities
maand 16-28	idem maand 4-16
	opstellen en pretesten slot-enquête
maand 28	slot-enquête deelnemende huisartsen
maand 29-36	verwerking materiaal en rapportage

Begroting:
- 0.5 fte huisarts-onderzoeker (promovendus)
- 0.3 fte onderzoeker/begeleider
- 0.2 fte vertrouwenshuisarts
- 0.5 fte administratieve kracht
- vacatiegeld leden van de MIP commissie
- reiskosten
- bureaukosten

Literatuur

1 Conradi M.H., J. Schuling, H. Mulder, Fouten in de huisartsenpraktijk 1. De fouten. *Huisarts Wet* 1988; 31: 222-7. [Hoofdstuk 3]
2 Conradi M.H., H. Mulder, J. Schuling, Fouten in de huisartsenpraktijk 2. Na de fout. *Huisarts Wet* 1988; 31: 288-99, 307. [Hoofdstuk 4]
3 Conradi M., J. Schuling, M. de Bruijn, *Melding incidenten patiëntenzorg huisartsgeneeskunde.* Eindverslag. Groningen: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijks Universiteit Groningen, 1992.

4 Conradi M.H., J. Schuling, M. de Bruijn, B. Meyboom-de Jong, Towards a model on prevention of errors in general practice. *Int J Risk Safety Med* 1994; 6: 47-56. [Hoofdstuk 9]

5 Conradi M., M de Bruijn, J. Schuling, J. Broer, B. Meyboom-de Jong, Naar preventie van fouten in de huisartspraktijk. Een vergelijking van verschillende meldingssystemen. *Huisarts Wet* 1994; 37(9): 381-6. [Hoofdstuk 10]

Bijlage 2 Voorstellen voor nader onderzoek naar fouten en oorzaken daarvan

Zoals in hoofdstuk 7 staat aangegeven, moet er logischerwijs aan drie eisen voldaan worden om tot preventie van fouten te komen:

- Er moet inzicht verworven zijn in de aard en het aantal fouten in de huisartspraktijk;
- Op basis hiervan moeten categorisaties en analyses gemaakt worden gericht op preventie van deze gebeurtenissen;
- De daaruit af te leiden preventieve adviezen/maatregelen moeten geïmplementeerd worden.

Hieronder zullen we kijken op welke wijze er inzicht verkregen kan worden in de aard en het aantal fouten in de huisartsgeneeskunde, de eerste stap van de trias. We doen dit door koppeling van drie variabelen die we kort toelichten:

- de actoren die fouten kunnen signaleren;
- de onderzoeksmethode;
- het soort gebeurtenis waarin inzicht verkregen wordt.

In hoofdstuk 7 hebben we gezien welke *actoren* direct inzicht (kunnen) hebben in fouten in de huisartspraktijk. Dit zijn:

- de huisarts;
- de assistente;
- de patiënt en/of verwanten;
- de specialist;
- de apotheker;
- de collega-huisarts;
- andere werkers in de gezondheidszorg, zoals fysiotherapeuten, medewerkers huisartsenlaboratorium, wijkverpleging, psychologen en maatschappelijk werkers.

Er zijn vele *methoden* bruikbaar om inzicht te verkrijgen in de aard en het aantal fouten. Dit zijn bijvoorbeeld de volgende gebruikelijke (sociaal-) wetenschappelijke onderzoeksmethoden:

- retrospectieve inventarisatie (interviews, groepsgesprekken, enquête, analyse van patiëntgegevens);
- actuele registratie (registratieproject);
- participerende observatie in de praktijk.

De gebeurtenissen kunnen, behalve fouten met schadelijke gevolgen voor de patiënt, ook de bijna-ongelukken zijn. Deze zijn veel makkelijker te verzamelen dan fouten. De redenen hiervoor zijn drieërlei:

- De emotionele lading bij de betrokken professional is veel geringer, er is immers niets 'echt' misgegaan want de patiënt heeft geen schade geleden;
- De frequentie is naar alle verwachting veel hoger dan die van fouten;
- Het is bovendien mogelijk om hiermee de herstelmogelijkheden te inventariseren: vanwege welke reden dan ook zijn deze bijna-ongelukken niet tot schadelijke fouten verworden. Behalve 'sheer luck' zullen hier ook al dan niet bewuste herstelmechanismen een rol spelen en: "It could be just as efficient to increase the probability of timely recovery as to try to prevent failures in the first place."[1]

Door koppeling van deze drie variabelen (inzichtverschaffende actor, onderzoeksmethode, soort gebeurtenis) zijn tientallen onderzoekvoorstellen te ontwikkelen. Hieronder zullen we een aantal voorstellen toelichten.

Voorbeeld 1:
In een Delphi procedure wordt aan tien internisten schriftelijk en onafhankelijk van elkaar gevraagd:

- Beschrijf de laatste fout van een huisarts die u onder ogen heeft gekregen (o.a. beschrijving patiënt, klachten, diagnose, therapie, behandeling en diagnose huisarts, verwijsreden, (potentiële) schade aan patiënt, fout, oorzaak van de fout, herstel van de fout);
- Wilt u de belangrijkste fouten van huisartsen die u onder ogen hebt gekregen (minstens drie a.u.b.) opsommen, met zo mogelijk van elk een voorbeeld; wilt u hierbij vermelden waarom dit volgens u belangrijke fouten zijn;

- Wilt u de makkelijkst te voorkómen fouten van huisartsen opsommen, wilt u daarbij vermelden op welke wijze deze te voorkómen zouden zijn.

De opsommingen uit de eerste ronde worden samengevat en teruggekoppeld naar de internisten. De vraag hierbij is of de internisten deze opsommingen willen becommentariëren, adstrueren met voorbeelden en of ze de oorzaken en preventieve aspecten willen beoordelen. Eventueel kan na deze tweede ronde een derde ronde volgen. Deze kan schriftelijk geschieden, maar ook als groepsbijeenkomst.
Het produkt van deze Delphi is een aantal rijtjes (belangrijkste fouten, waarbij deze gesplitst zijn in een aantal aspecten van belangrijkheid, bv. grootte van de schade, grootte van frequentie) en een aantal oorzaken van fouten en aanbevelingen om deze te voorkomen. Aan te bevelen is om naast elke procedure over fouten van huisartsen een procedure uit te voeren onder huisartsen over fouten in het betreffende specialisme. Niet alleen om te voorkomen dat huisartsen vanwege 'lange tenen' geen kennis willen nemen van de specialistische aanmerkingen, maar ook omdat de mogelijkheid om wederzijds commentaar te geven de meeste kans van slagen heeft. Beide procedures resulteren dan in één of twee artikelen in de vakpers met aanbevelingen over het voorkómen van fouten, één of twee onderwijsprogramma's en een toename van het wederzijdse begrip.

Voorbeeld 2:
Inventarisatie van bijna-ongelukken.
Na een schriftelijke vooraanmelding moet het mogelijk zijn om huisartsen telefonisch over dit onderwerp te interviewen. In dit interview kan bijvoorbeeld gevraagd worden wat er vandaag, gisteren of afgelopen week bijna mis is gegaan, hoe dat kwam en hoe dat deze keer voorkómen is en hoe dat in de toekomst te voorkómen is. Door enige honderden huisartsen te enquêteren zal er een scala aan bijna-ongelukken geïnventariseerd worden.

Voorbeeld 3:
Elke huisarts mist weleens een hartinfarct bij een patiënt. Elke huisarts is ook weleens dolblij dat hij een patiënt met een infarct, waarbij hij de kans daarop minimaal achtte, voor de zekerheid toch ingestuurd heeft. Deze casuïstiek zou in huisartsengroepen verzameld kunnen worden. Een onderzoeker zou een avond met een groep kunnen beleggen over aangeleverde casuïstiek, waarbij de cruciale aspecten achteraf geanalyseerd kunnen worden. Eventueel kan deze casuïstiek min of meer gestandaardiseerd worden verzameld op een formulier. Deze kunnen dan door een panel met behulp van de 'critical incident' techniek geanalyseerd worden. Op deze wijze kunnen misschien de cruciale 'pluis' - 'niet-pluis' signalen bij dit soort moeilijke levensbedreigende diagnoses opgespoord worden.

Voorbeeld 4:
Net als specialisten kunnen patiënten gevraagd worden naar fouten van huisartsen. Het is mogelijk dat dit in mindere mate medisch-technische fouten oplevert, ook is het niet ondenkbaar dat een deel van deze fouten niet verwijtbaar, niet te voorkómen en volgens artsen niet fout is. In een consumentgerichte samenleving is het echter van groot belang de tekortkomingen volgens de consumenten te weten.
Patiënten naar fouten vragen kan het beste geschieden door hen in ronde tafelgesprekken casuïstiek te laten oprakelen. Hierna kan in individuele gesprekken deze casuïstiek feitelijk beschreven worden. Zo mogelijk kan daarna de betrokken arts geïnterviewd worden. In principe is het mogelijk om de door de patiënt beschreven casus te relateren aan de betreffende patiëntgegevens. Deze zijn door de patiënt op te vragen.
In ziekenhuizen is het aan te bevelen om alle patiënten die daar liggen door een onafhankelijke vertrouwenspersoon voor ontslag te interviewen over de zelf beleefde of gehoorde fouten. Dit levert een rijke oogst aan te voorkómen fouten op. Misschien andere dan aan een FONA-commissie gemeld worden, maar (bij een goede interviewtechniek) in ieder geval veel meer.

Men kan ook onderzoek doen met behulp van patiëntgegevens van de groene kaart of het computer-equivalent daarvan, specialistenbrieven, medicijnkaarten en andere bronnen. Hierbij kunnen patiënten op velerlei factoren geselecteerd worden. Bijvoorbeeld strikt volgens het toeval, door sociaal-demografische variabelen bepaald (ouderen, uit bepaalde wijken), of patiënten die overleden zijn, een bepaalde (chronische) ziekte hebben of

een bepaalde therapie ondergaan hebben. In voorbeeld 5 stellen we een replicatie van de *Harvard Medical Practice Study* voor, maar dan in de huisartspraktijk.

Voorbeeld 5:
In de *Harvard Medical Practice Study* zijn meer dan 30.000 patiëntendossiers van ziekenhuispatiënten doorgenomen. In meer dan duizend dossiers konden fouten opgespoord worden.[2] Het is mogelijk de Harvard Study te repliceren in de huisartspraktijk. Door at random bij een aantal huisartsen patiëntenkaarten te trekken en deze tezamen met de uitgebreidere medische dossiers te beoordelen op fouten, iatrogene schade en nalatigheid. Eventueel kan dit gerichter gebeuren door gegevens te onderzoeken van patiënten die een verhoogde kans op iatrogene schade hebben, bijvoorbeeld ouderen, patiënten met een hart-infarct, carcinoom of acute buik.

Voorbeeld 6:
In een registratie-netwerk moet het mogelijk zijn om welomschreven fouten te laten registreren. Bijvoorbeeld: een eerdere diagnose was fout, een verwijzing was fout (onnodig, verkeerd specialisme, schadelijk voor de patiënt). Prospectief kunnen bepaalde categorieën patiënten gevolgd worden. Bijvoorbeeld bejaarde patiënten, kinderen, mannen met mogelijke klachten die zouden kunnen wijzen op een infarct. Bij elk van deze patiënten die de huisarts op het spreekuur ziet, zou een apart computerscherm kunnen verschijnen waar bepaalde vragen aan de orde komen. Dat dit mogelijk preventief voor fouten werkt, is voor de patiënten geen probleem. Voor het onderzoek is dat wel een probleem. Vandaar dat van tevoren gezocht moet worden naar indicatoren die een verandering in gedrag van de huisarts meetbaar maken, bijvoorbeeld duur van de contacten, lengte en contactfrequentie in de betreffende episode, verwijs- en voorschrijfgedrag.

Voorbeeld 7:
Assistentes worden op onregelmatige tijden opgebeld door simulatiepatiënten met verschillende uitingen van in principe spoedeisende klachten. Hierdoor kan inzicht verkregen worden op welke signalen assistentes adequaat reageren, een goede keuze maken, en welke misleidend werken, een verkeerde keuze in de hand werken. Dit kan resulteren in een nascholingsprogramma voor assistentes, achterwachten en huisartsen.

Literatuur

1 Schaaf T.W. van der, *Near miss reporting in the chemical process industry.* [Dissertatie]. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven, 1992.
2 Brennan T.A., L.L. Leape, N.M. Laird et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Eng J Med* 1991; 324: 370-6.

Samenvatting ’Fouten van huisartsen’

1 Inleiding

Het onderwerp van dit boek is ’fouten van huisartsen’. Dit is een breed, vrijwel onontgonnen onderzoeksterrein, dat vanuit veel invalshoeken is te doorvorsen. Ons doel hierbij was tweeërlei:

a) inzicht krijgen in wat er fout gaat in de huisartspraktijk;
b) mogelijkheden exploreren om fouten te voorkómen.

Wij hebben twee vragen geprobeerd te beantwoorden:

a) wanneer vinden huisartsen dat er sprake is van een fout, wat voor fouten maken huisartsen en hoe gaan ze daar mee om?
b) welke mogelijkheden zijn er om fouten te voorkómen?

Hiertoe hebben we verschillende onderzoeken uitgevoerd. Het uitgangspunt hierbij was dat de huisarts zelf als deskundige en informant optrad. De belangrijkste redenen hiervoor waren:

- onderzoekspragmatisme: het is een gevoelig onderwerp en artsen hebben van oudsher het alleenrecht om over de inhoud van hun werk te oordelen. Een andere keuze zou het onderzoek problematisch hebben gemaakt;
- beleidspragmatisme: uiteindelijk moeten huisartsen kunnen leren van hun fouten. Voor de optimalisering hiervan is een bepaalde systematiek nodig. Het is bekend dat eigen ontwikkelde systematiek beter werkt dan een door anderen bedachte en aangeboden systematiek.

In deel I van dit proefschrift exploreren we het vóórkomen van fouten, in deel II onderzoeken we de mogelijkheden tot preventie van fouten.

Deel I fouten in de huisartspraktijk

2 De literatuur

De literatuur overziend, valt allereerst op dat er zo weinig geschreven is over fouten van huisartsen. De beschikbare literatuur handelt met name over de juridische en economische problemen die de ’malpractice crisis’ in de Verenigde Staten met zich meebrengt en de invloed daarvan op het functioneren van de gezondheidszorg. Daarnaast is er veel onderzoek naar de werking en dus ook bijwerking van geneesmiddelen in de huisartspraktijk en de betrouwbaarheid en effectiviteit van specifieke diagnostica en therapeutica.
Uit de literatuur blijkt verder dat er een veelheid aan terminologie is voor ’alles wat niet goed gaat in de huisartspraktijk’.
De relatie tussen klachten van patiënten en fouten in de huisartspraktijk is onduidelijk. Vandaar dat we klachten niet als indicator voor het vóórkomen van fouten in de huisartspraktijk kunnen hanteren. Er zijn een paar studies waarin geprobeerd is de iatrogene problemen in de huisartsgeneeskunde te kwantificeren. Hieruit blijkt dat in twee tot drie procent van de contacten sprake is van iatrogene schade aan de patiënt. Niet duidelijk is in hoeverre een slechte kwaliteit van de zorg daar debet aan is. Bij necrologie-onderzoek in de huisartspraktijk is dat wel duidelijk; in deze onderzoeken komen altijd sterfgevallen aan het licht waarbij de patiënt door fouten waarschijnlijk voortijdig is overleden. Publicaties over fouten van huisartsen in de zin van incidenteel slechte zorg, zijn voornamelijk casuïstisch van aard. Er is in beperkte mate onderzoek gedaan naar fouten bij het voorschrijven van medicijnen en naar dokters die ’impaired’ (letterlijk: aangetast) zijn, door bijvoorbeeld ziekte of verslaving en daardoor wellicht slecht functioneren. Ander onderzoek naar oorzaken van incidenteel slechte zorg is er nauwelijks. Uit het onderzoek dat er is, blijkt dat menselijk falen de voornaamste oorzaak van fouten is. Defensief handelen van huisartsen komt in enkele procenten van de contacten voor. Iatrogene aspecten van preventie en vroegdiagnostiek is in Nederland onderwerp van uitgebreide discussies. In hoeverre de huisarts hier iets fout doet is onduidelijk.
Over preventie van fouten zijn nauwelijks publicaties. Geconcludeerd wordt dat publicaties over dit onderwerp voornamelijk casuïstisch van aard zijn; onderzoek is er nauwelijks, hoewel artsen hier niet onwelgevallig tegenover staan.

3 Fouten in de huisartspraktijk 1: De fouten

In een exploratief onderzoek onder zeventien huisartsen is door middel van open interviews inzicht verkregen in aard en gevolgen van fouten van huisartsen. Zestien van de huisartsen vertelden fouten gemaakt te hebben. In totaal zijn tachtig eigen fouten verteld en 21 fouten van andere artsen. Veertien van de zeventien huisartsen vertelden fouten met dodelijke of invaliderende gevolgen gemaakt te hebben. Geconcludeerd wordt dat de meeste huisartsen waarschijnlijk fouten maken, maar dat het maken van fouten niet inhoudt dat de betreffende huisarts voortdurend apert slecht functioneert; fouten hebben een incidenteel karakter. Onderscheid wordt gemaakt tussen medisch-technische fouten, waarbij de regels betreffende correct medisch handelen worden overschreden, en verkeerde beslissingen waarbij dit niet het geval is, maar de patiënt toch schade ondervindt. Daarnaast worden relationele- en zorgvuldigheidsfouten onderscheiden.

4 Fouten in de huisartspraktijk 2: Na de fout

Zeventien huisartsen werden in een open interview ondervraagd over fouten in hun beroepsuitoefening. Bijna alle zeventien zeiden in het begin van het interview dat ze moeite hadden om zich hun fouten te herinneren. Vaak werd de fout geweten aan de omstandigheden, de patiënt of de familie; vaak ook werd de fout min of meer gebagatelliseerd. Als de patiënt of diens naasten wisten dat er een fout was gemaakt, ging de huisarts met hen praten. Wisten zij het niet, dan volgde meestal ook geen gesprek. Praten over fouten met andere huisartsen gebeurt vrijwel alleen als degene die de fout heeft gemaakt, het initiatief neemt. Slechts in één van de tachtig gevallen had een fout geleid tot een klacht bij een Medisch Tuchtcollege.

5 Analyse van 67 fouten in de huisartspraktijk

Om zicht te krijgen op de aard van de fouten, hebben we 67 fouten uit de interviews met de zeventien huisartsen geanalyseerd. Deze fouten zijn geselecteerd aan de hand van een aantal criteria. We hebben onder meer onderzocht in welke fase van het contact het fout ging en aan welke aandoening de patiënt leed. Het bleek dat de meeste fouten in de diagnostiek zijn gemaakt (78%). Van de 52 foute diagnoses vormden de in eerste instantie gemiste diagnoses hart- en vaatziekten (23%) de grootste groep, gevolgd door gemiste carcinomen (19%) en de gemiste acute buik (15%). Deze aandoeningen zijn deels zeer acuut en levensbedreigend: het hartinfarct en de acute buik, en deels niet acuut maar wel levensbedreigend: de carcinomen. Bij bijna de helft van de gemelde fouten was de patiënt, al dan niet direct door de fout, overleden. Irritatie van de huisarts speelde volgens de huisartsen ten minste veertien keer een rol in het ontstaan van de fout.

6 Samenvatting en beschouwing deel I

In de literatuur zijn we veel verschillende begrippen tegengekomen voor 'alles wat misgaat' in de geneeskunde. We hebben deze begrippen onderscheiden naar het moment waarop het misgaat: gaat het in het zorgproces fout, of is de uitkomst daarvan slecht, namelijk schadelijk voor de patiënt? Ook de geïnterviewde huisartsen hanteerden deze twee fases: het uitgangspunt voor hun foutbegrip is schade voor de patiënt, hun eigen aandeel daarin is doorslaggevend om een gebeurtenis werkelijk als 'fout' te definiëren. Onder meer op basis hiervan komen we tot een opsomming van wat 'fout' is:

1) een huisarts overtreedt een bestaande norm/regel;
2) deze norm/regel is opgesteld door artsen vanuit hun competentie als arts;
3) deze overtreding heeft schadelijke gevolgen voor de patiënt.

Vervolgens hebben we vier fases in het huisarts-patiëntcontact onderscheiden waarin het fout kan gaan: de contactfase, diagnostische fase, therapeutische fase en de follow-up fase. We hebben daarna de actoren en instanties geïnventariseerd die van belang zijn bij het maken van fouten en het benoemen daarvan. De actoren zijn velerlei, dit loopt van patiënt en naaste, via assistente tot specialist. Instanties van belang zijn het Tuchtcollege, de Inspectie, de beroepsgroep en in toenemende mate de patiëntenverenigingen.

7 Preventie van fouten, inleiding

In deel I hebben we via de interviews een inventarisatie gemaakt van wat huisartsen fout vinden en welke, met name ernstiger fouten een huisarts in zijn praktijkuitoefening meemaakt. Gebleken is dat elke huisarts fouten maakt met soms ernstige gevolgen voor de patiënt. Onderling wordt hier echter nauwelijks over gepraat met als gevolg dat huisartsen niet de mogelijkheid hebben lering te trekken uit elkaars fouten.
In deel II zijn we op zoek gegaan naar mogelijkheden voor de preventie van fouten. Momenteel is er geen systematische aandacht voor het voorkómen van fouten binnen de huisartspraktijk. Naar aanleiding van een beschouwing van Vincent hebben we eerst een drietal eisen geformuleerd voor een doelmatig systeem van preventie van fouten, de preventie-trias:

1) Er moet inzicht verworven worden in de aard en het aantal fouten in de huisartsgeneeskunde;
2) Op basis hiervan moeten categorieën en analyses gemaakt worden gericht op preventie van deze gebeurtenissen;
3) De daaruit af te leiden preventieve adviezen/maatregelen moeten geïmplementeerd worden.

Dit dient een continu proces te zijn. We stellen voor om analoog aan de preventie van ziekten, bij de preventie van fouten ook een indeling in primaire, secundaire en tertiare preventie te hanteren. Bij primaire preventie worden fouten in het proces voorkómen, bij secundaire worden de fouten in het proces gecorrigeerd voordat er schade aan de patiënt is opgetreden en bij tertiaire preventie wordt de schade aan patiënt, maar ook aan de arts-patiëntrelatie zo goed mogelijk hersteld. Onze aandacht zal vooreerst op de primaire preventie gericht zijn.

8 Complicaties en bijwerkingen: Een probleem in de huisartspraktijk?

Aan de hand van een secundaire analyse van gegevens uit de 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' van het NIVEL hebben we getracht inzicht te verkrijgen in de aard en de omvang van iatrogene aandoeningen in de huisartspraktijk. In dit registratieproject zijn bijna 360.000 contacten van patiënten met 161 huisartsen met behulp van de International Classification of Primary Care (ICPC) geregistreerd. We hebben ons beperkt tot 'bijwerking geneesmiddelen' en 'complicaties medisch handelen'. In twee procent van alle contacten blijkt dit door de huisarts als diagnose gesteld of overwogen te zijn. Bij de betrokken patiënten is er twee keer zo vaak als gemiddeld sprake van enigerlei mate van levensbedreiging of invalidering. Hiermee vormen deze twee vormen van iatrogene schade een belangrijk probleem in de huisartspraktijk.

9 Naar een model voor de preventie van fouten in de huisartspraktijk

Huisartsen maken net als iedereen fouten. Om te komen tot preventie van fouten of 'incidenten', is in samenspraak met de beroepsgroep een model voor een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg huisartspraktijk ontwikkeld. Huisartsen kunnen incidenten melden aan deze commissie. Die analyseert de incidenten en gaat na hoe herhaling voorkomen kan worden. De commissie brengt vervolgens rapport uit aan de betrokken huisarts en indien wenselijk aan de gehele beroepsgroep.
Na interviews met twintig deskundigen en een Delphi procedure met twintig huisartsen is een enquête onder 600 huisartsen gehouden. Uit de enquête blijkt 83 procent van de respondenten van mening dat een dergelijke commissie ingesteld moet worden. Men verwacht dat het instellen van een Meldingscommissie het aanzien van de huisartsgeneeskunde ten goede zal komen (69%) en dat dit een belangrijke bijdrage kan leveren aan de preventie van incidenten in de huisartspraktijk (71%). De overgrote meerderheid zegt ook incidenten te zullen melden (89%).
Hoewel een grote meerderheid van de huisartsen voorstander is van het installeren van een Meldingscommissie, valt te verwachten dat in de praktijk psychische verdedigingsmechanismen een storende invloed op het daadwerkelijk melden door huisartsen zullen hebben. Onze conclusie is dat huisartsen voorstander zijn van het invoeren van een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg.

10 Naar preventie van fouten in de huisartspraktijk: Een vergelijking van verschillende meldingssystemen

In de huisartspraktijk zijn geen registratiesystemen voor incidenten. In ziekenhuizen bestaan deze wel, maar op hun functioneren bestaat veel kritiek. Om een meldingssysteem voor incidenten in de huisartspraktijk voor te bereiden, zijn verschillende meldingsvormen getest en is onderzocht wat de respons was en welke factoren hierop van invloed waren. In totaal namen 49 artsen deel aan het experiment, van wie er 22 samen 50 incidenten meldden. De gemelde incidenten waren zeer divers van inhoud. De belangrijkste bevorderende factoren voor het melden bleken het zich door regelmatige confrontatie met het begrip 'incident' bewust worden van eigen incidenten, en het vertrouwen van de melders in de anonimiteit en vertrouwelijkheid van de meldprocedure. Leren praten over incidenten zal bevorderend zijn voor de bewustwording en het daadwerkelijk melden. In de huisartsopleiding wordt hier al enige aandacht aan geschonken.

11 Oorzaken van fouten, een opsomming

De tweede stap van de preventie-trias is om, met het oog op preventie mogelijkheden, de gemelde fouten te categoriseren en analyseren, Vandaar dat we een analyse van foutencasuïstiek hebben uitgevoerd. Enerzijds om te onderzoeken of het mogelijk is op basis van analyses van fouten, foutenbronnen te ontdekken, anderzijds om te onderzoeken of het mogelijk is uit de opgespoorde foutenbronnen preventieve adviezen af te leiden. We hebben per fase (contact, diagnose, therapie en follow-up) de foutenbronnen opgespoord. Deze waren gelegen in:

– emoties van de huisarts, met name binnen de arts-patiëntrelatie;
– kennis en vaardigheden van de huisarts;
– communicatie en feedback binnen de gezondheidszorg;
– bereikbaarheid en beschikbaarheid;
– administratie en informatiegebruik;
– organisatie en management in de praktijk.

Binnen de huisartsgeneeskunde moet vaak op basis van beperkte informatie een juiste keuze gemaakt worden. Dit speelt vooral in de eerste twee fasen van het arts-patiëntcontact:

– In de contactfase: kan het telefonisch afgehandeld worden of moet de patiënt gezien of bezocht worden;
– In de diagnosestelling: is het de meest waarschijnlijke onschuldige aandoening of toch de onwaarschijnlijke maar ernstige aandoening.

We concluderen dat het mogelijk is foutenbronnen op te sporen door fouten te analyseren en dat daarin aanknopingspunten voor preventie besloten liggen.

12 Beschouwing empirisch onderzoek deel II

De belangrijkste conclusies uit hoofdstuk 8 – 10 zijn:

– Uit de 'Nationale Studie' van het NIVEL zijn geen conclusies te trekken over de aard en het aantal fouten, wel over het vóórkomen van complicaties en bijwerkingen in de huisartspraktijk: in twee procent van de contacten overweegt of stelt de huisarts deze diagnoses;
– Bij deze patiënten is er twee keer zo vaak sprake van levensbedreiging en invalidering;
– Huisartsen staan zeer positief ten opzichte van het installeren van een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg Huisartsgeneeskunde (MIP);
– In de praktijk blijken huisartsen daadwerkelijk incidenten en fouten te melden;
– Als er een MIP is geïnstalleerd kunnen één à twee meldingen per huisarts per jaar verwacht worden;
– Analyse van fouten geeft inzicht in foutenbronnen en daarmee mogelijkheden tot preventie van fouten.

13 Beschouwing en aanbevelingen

Een beschouwing van de resultaten leidt tot aanbevelingen van algemene aard, maar ook tot specifieke aanbevelingen voor de huisartspraktijk, scholing en onderwijs en toekomstig onderzoek. Om de begripsverwarring te verminderen stellen we voor als overkoepelende term 'medisch feilen' te

hanteren: ‘een gebeurtenis binnen de huisartspraktijk [gezondheidszorg] waarbij de gezondheid van de patiënt onbedoeld negatief of sub-optimaal beïnvloed wordt, of naar verwachting beïnvloed zou zijn geworden.’ Deze term kan onderverdeeld worden in ’fout’, ’complicatie en bijwerking’ en ’achteraf verkeerde beslissing’, waardoor de patiënt schade lijdt, en ’bijna ongeluk’ waardoor de patiënt geen schade ondervond. Bij een ’fout’ zijn bovendien de huisartsennormen en - regels overtreden. Een ’achteraf verkeerde keuze’ is impliciet aan het huisartsgeneeskundig handelen waarin welbewust met een zekere mate van risico gewerkt wordt.
Om feilen te voorkómen zullen deze allereerst gesignaleerd moeten worden. De meest directe manier is de huisarts terug te rapporteren over schadelijke gevolgen van zijn handelen. Dit dienen met name patiënt, specialist en waarnemend huisarts te doen. Bij de signalering van ’complicaties en bijwerkingen’ is dit essentieel. ’Achteraf verkeerde keuzes’ zullen in de huisartsgeneeskunde blijven bestaan. Voor een deel kunnen deze feilen volgens ons wel voorkómen worden. Bijvoorbeeld door gericht onderzoek naar moeilijke diagnoses en door systematisch te leren van ervaren ’goede’ huisartsen. Schade als gevolg van verplichte screening en prenatale diagnostiek is de huisarts niet aan te rekenen. Dit zijn collectieve keuzes en als hierbij fouten optreden, dan is er sprake van collectieve fouten. Bij de afweging van de invoering van screening en prenatale diagnostiek is terugkoppeling van de gevolgen van groot belang. Aangezien de huisarts veel van deze schade ziet, dient hij nauw betrokken te zijn bij de evaluatie van deze screenings- en opsporingsprogramma’s.
Voor het voorkómen van incidentele fouten, stellen we voor een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP) in te stellen. Deze kan fouten analyseren, foutenbronnen opsporen en preventieve adviezen uitbrengen en maatregelen treffen. Ter ondersteuning stellen we een schema voor waarbinnen de fout nader geanalyseerd kan worden. Tot slot richten we de aandacht op de ’impaired’ dokter, de dokter die door ziekte of stoornis slecht functioneert. Deze dokters zullen zelf als foutenbron beschouwd moeten worden, en dus opgespoord moeten worden, waarna maatregelen genomen moeten worden om de patiënten en henzelf te beschermen.
Toekomstig onderzoek zal zich moeten richten op mogelijkheden om fouten te voorkómen. Een MIP zal in de praktijk naar verwachting goed werken. Dit dient geëvalueerd te worden. De mogelijkheden om onderzoek te doen zijn we systematisch nagegaan. Veelbelovend lijkt ons om actoren die zicht kunnen hebben op een deel van het proces en resultaat daarvan, bijvoorbeeld patiënten en specialisten, bij de opsporing van fouten en foutenbronnen in te schakelen.
In het medisch onderwijs is geringe aandacht voor fouten. Dit zou uitgebreid en geïntegreerd moeten worden in het gehele curriculum. Drie leerdoelen zouden centraal moeten staan:
1) leren denken en praten over fouten;
2) voorkómen van fouten (primaire en secundaire preventie);
3) het afwikkelen van een gemaakte fout (tertiaire preventie).
Dit zou in elke opleiding binnen de gezondheidszorg een plaats moeten krijgen. Maar ook in de nascholing van huisartsen zou dit een vast onderdeel moeten zijn.
Ten slotte pleiten we ervoor om het probleem van fouten en het voorkómen ervan serieus te nemen. Voor patiënten en huisartsen is het een probleem, dus dient dit nu op beleids-, onderzoeks- en onderwijsgebied op de agenda geplaatst te worden.

Dankwoord

Dit onderzoek is totstandgekomen dankzij de medewerking, steun en hulp van velen.

Jan Schuling is van begin tot eind betrokken geweest bij het onderzoek en het proefschrift. Zijn steun, inbreng en geduld zijn groot geweest. Betty Meijboom geloofde in het onderwerp en was als promotor onovertroffen. Henk Mulder heeft mij op een zeer inspirerende wijze bijgestaan bij mijn eerste onderzoeken op dit gebied. Tjeerd Tijmstra heeft de sociologische begeleiding in een latere fase voortreffelijk gecontinueerd. Mieke de Bruijn heeft als wijze ervaren huisarts gezorgd voor het gelukken van de Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg huisartspraktijk. Jeanne Lakeveld was vol interesse en geheel betrouwbaar bij de verwerking van de nodige gegevens hiervoor. Klaas Groenier heeft de berekeningen voor onderzoek naar complicaties en bijwerkingen minutieus verricht en stimulerend overgedragen. Het Nivel heeft genereus de benodigde data uit de ’Nationale Studie’ afgestaan. Jack Hutten van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) stond garant voor een waarheidsgetrouwe beschrijving van die studie. Jan Broer van de GGD Groningen en Ommelanden coördineerde en leidde het peilstationproject waarin we mochten participeren. Anita Verhoeven speurde gecomputeriseerd de literatuur na. Wim van den Heuvel van de vakgroep Gezondheidswetenschappen van de RUG financierde een eerste poging om subsidie te verkrijgen.

Veel medewerkers van de vakgroep Huisartsgeneeskunde te Groningen zijn de afgelopen tien jaar op enigerlei moment geconfronteerd met een verzoek tot medewerking. De reactie was altijd welwillend.

De leden van de promotiecommissie, de hoogleraren Crebolder, Dukes en Post, waren niet alleen snel, zorgvuldig en opbouwend, maar vooral inspirerend in hun commentaar.

Niels Röling van de Landbouw Universiteit Wageningen, bedank ik voor zijn beslissende opmerking voor de keuze voor dìt proefschrift; ik denk dat het hele gezin onder deze keuze het minst geleden heeft.

Peter Conradi veel dank voor de fatsoenering van de spelling, zinsconstructies en taal.

Jannes van Everdingen heeft voorafgaand aan het drukklaar maken nog waardevolle suggesties gedaan. Carola Hageman is een zeer prettige uitgever geweest.

Johan Lummen en Irene Schuling bedank ik voor de vertalingen in het Engels.

Henk Jan Conradi en Alex Wooning bedank ik voor alle voorbereidingen.

Rika en Gertine Ausma wil ik bedanken voor de altijd voorhanden opvang van de kinderen. Het schrijft beter met een onbekommerd gemoed.

Alle huisartsen die enthousiast meewerkten aan de diverse onderzoeken, bedank ik nogmaals.

Ouders, schoonvader, Metta, Casper, Yvonne en Susanne, bedankt voor jullie meeleven. Het boek is af.

Over de auteur

Marc Conradi (Groningen, 1958) studeerde psychologie (1984 kandidaats) en medische sociologie (1987 doctoraal) in Groningen. Daarna heeft hij onderzoek gedaan op diverse terreinen binnen de gezondheidszorg. Sinds 1994 heeft hij een eigen onderzoeks- en adviesbureau op het gebied van de gezondheidszorg.